

Aus dem Medizingeschichtlichen Institut
der
Universität Freiburg i. Br.
Direktor: Professor Dr. Dr. Joseph Schumacher

**Probleme der Psychosomatik
in der zahnärztlichen Praxis
und ihre geschichtliche Sicht**

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Zahnmedizinischen Doktorwürde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der
Albert - Ludwigs - Universität zu Freiburg im Breisgau

vorgelegt 1965

von

Georg Schankin

geboren in Schönlanke



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543106_0033

Aus dem Medizingeschichtlichen Institut
der
Universität Freiburg i. Br.
Direktor: Professor Dr. Dr. Joseph Schumacher

**Probleme der Psychosomatik
in der zahnärztlichen Praxis
und ihre geschichtliche Sicht**

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Zahnmedizinischen Doktorwürde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der
Albert - Ludwigs - Universität zu Freiburg im Breisgau

vorgelegt 1965

von

Georg Schankin

geboren in Schönlanke



Dekan: Professor Dr. K. W. Kalkoff

Referent: Professor Dr. Dr. J. Schumacher

Inhaltsübersicht

Einleitung

I. Der Gegenstand der Untersuchung in seinem geschichtlichen Zusammenhang

- 1) Die Notwendigkeit der geschichtlichen Betrachtung
 - a) Medizingeschichte
 - b) Krankheitsgeschichte
- 2) Das Leib-Seele-Problem in der Geschichte der Zahnbehandlung
 - a) Die Geschlossenheit der leib-seelischen Behandlung in der Frühzeit, Mittelalter und rezenten Primitivkulturen
 - b) Die Herrschaft des naturwissenschaftlichen Denkens in der Zahnheilkunde
 - c) Die Psychologie in der Zahnheilkunde

II. Psychosomatische Störungen und die medizinische Zahnbehandlung

- 1) Die Problemstellung der Psychosomatik und der soziologischen Medizin
 - a) Leben als Integration
 - b) Die Krankheitstypen der psychosomatischen Medizin
- 2) Die Psychosomatik und die Besonderheit des zahnärztlichen Behandlungsgebietes
 - a) Ausdrucksfunktion des Gesichtes
 - b) Die Bereitstellung des Patienten
 - c) Der Konflikt Zahnarzt - Patient

III. Der konkrete Fall und seine Bewältigung

- 1) Mögliche Einteilung praktischer Fälle
- 2) Zur zahnärztlichen Therapie psychosomatischer Erkrankungen
- 3) Der normale Konflikt Zahnarzt - Patient in der Behandlungssituation
 - a) Fall A
 - b) Fall B
 - c) Fall C
- 4) Der leib-seelisch Kranke in der zahnärztlichen Behandlungssituation
 - a) Fall D, Fall E (Ausdruckskrankheit)
 - b) Fall F (Bereitstellungskrankheit)
 - c) Fall G (Funktionelles Syndrom)

Zusammenfassende Schlußbetrachtung

Literaturverzeichnis

Einleitung

Der Untersuchungsweg der vorliegenden Arbeit ist so angelegt, daß vorerst ohne eine klare Definition des Begriffs 'Psychosomatik' das Verständnis für die leib-seelischen Störungen im Bereich der Zahnheilkunde durch eine geschichtliche Betrachtung geweckt wird. Der so gewonnene Überblick gestattet es dann, das von THURE VON UEXKÜLL vorgeschlagene begriffliche Instrumentarium der Psychosomatik als einen systematischen Ansatz für die Auseinandersetzung mit den psychosomatischen Störungserscheinungen in der praktischen Zahnheilkunde zu benutzen.

Dabei zeigt sich, daß die in der jüngsten Vergangenheit von bedeutenden Vertretern der allgemeinen und der Zahnmedizin geforderte und betriebene Integration einer geisteswissenschaftlichen Betrachtungsweise, sei sie geschichtlich-philosophischer, psychologischer oder soziologischer Art, in die noch weitgehend vom reinen naturwissenschaftlichen Denken geprägte Vorstellungswelt gerade der Zahnmedizin möglich und in Hinblick auf eine sinnvolle Arbeit des Arztes fruchtbar ist. Dies gilt umso mehr, als - das wird die Untersuchung ergeben - das zahnärztliche Behandlungsgebiet Eigenarten aufzuweisen hat, die die Grenzen der nur naturwissenschaftlichen Betrachtung immer wieder in das Bewußtsein drängen.

Da die Erklärung des in dieser Arbeit zentral verwendeten Begriffspaares: Leib - Seele im Maße der - vor allem durch den geschichtlichen Überblick erzielten - Vertiefung der Fragestellung und Apostrophierung des Problems erweitert und verfeinert wird, werden die Worte 'körperlich' und 'seelisch' anfänglich ohne Rücksicht auf ihre schillernde Gestalt übernommen und gebraucht, wobei als 'seelische' Bedingtheit einer körperlich erscheinenden Krankheit, wohl mit dem herkömmlichen Gebrauch des Wortes in der Medizin, eine solche verstanden wird, die nicht 'körperlich' im Sinne von materiell erfaßbar und von meßbar erscheint und die in erster Linie mit der Persönlichkeit des Patienten verbunden, also in seinem geistigen Verständnis, seinen Handlungsantrieben und seinen Stimmungen zu suchen ist.

Im Rahmen des im Laufe der Untersuchung zu erschließenden Problemkreises der Psychosomatik und der soziologischen Medizin werden dann einzelne konkrete Fälle der zahnärztlichen Praxis, die offensichtlich das Gebiet der Psychosomatik berühren, ausgewählt und interpretiert.

Zur Klärung der Grenzen, die sich diese Untersuchung setzt, sollen die beiden wichtigsten Untersuchungsobjekte beschrieben werden.

Es sind dies

- 1) die seelisch begründete Zahnkrankheit und - in begrenztem Umfange - die durch frühere schmerzvolle Erlebnisse mit den Zähnen begründete seelische Krankheit,
- 2) die normalen Konfliktsituationen, die typisch für die Zahnbehandlung sind und in der sich jeder seelisch gesunde Mensch, welcher sich auf eine körperlich begründete Zahnkrankheit behandeln läßt, befinden kann.

Die zuletzt genannten Störungen, die nicht pathologisch sind, werden deshalb als wichtig erachtet, weil sie sowohl Ausgangspunkt für die Entstehung dauerhafter seelischer oder leib-seelischer Störungen als auch der Anlaß für das Hervortreten von Störungen dieser Art sein können und darüber hinaus Situationen darstellen, mit denen der Zahnarzt dauernd konfrontiert ist, ohne daß er in dem Rüstzeug seiner naturwissenschaftlichen Ausbildung die geeigneten Mittel zu ihrer Bewältigung findet.

Bewußt nicht in die Untersuchung einbezogen, obwohl in manchen Grenzfällen teilweise angesprochen, wurden die nicht sehr häufigen Fälle körperlich-seelisch oder nur seelisch Kranker, die auf eine körperlich bedingte Zahnkrankheit hin behandelt werden und deren Verhalten in keinerlei Beziehung zu früheren Erlebnissen mit ihren Zähnen oder mit Zahnbehandlungen steht.

I. Der Gegenstand der Untersuchung in seinem geschichtlichen Zusammenhang

Bevor das Leib-Seele-Problem im Ablauf der Geschichte der Zahnbehandlung, soweit sie unterscheidbar ist, beobachtet werden kann, gilt es zu begründen, warum der geschichtlichen Betrachtung in dieser Arbeit eine besondere Rolle eingeräumt wird.

Dazu gehören die Fragen, warum die geschichtliche Betrachtung in der Medizin nötig ist und welche konkrete Hilfe sie für das Verständnis des zu untersuchenden Problems erbringt. Ebenfalls vorab muß festgestellt werden, wie die geschichtliche Betrachtung ebenfalls für den konkreten Einzelfall Bedeutung erhält und Diagnose und Therapie in ihm beeinflußt.

1. Die Notwendigkeit der geschichtlichen Betrachtung

Mit der Feststellung, daß wir das, was heute ist, nur verstehen können, wenn wir die Vergangenheit kennen, ist der erste Schritt für eine Begründung der geschichtlichen Betrachtungsweise getan. Die verschiedenen geistigen Haltungen aber, die sich mit dieser Erkenntnis verknüpfen können, erfordern eine Präzisierung für den Erkenntnisbereich der Medizin.

a) Medizingeschichte

Das Ziel der medizingeschichtlichen Forschung ist es, die medizinische Wissenschaft in ihrer Entstehung und Entwicklung zu beobachten und - gleichzeitig - zu deuten.

Welche Aufgaben sie sich im einzelnen setzt, um diesem Ziel gerecht zu werden, ist hier von geringer Bedeutung. Vielmehr soll ihr Sinn, wie er aus den Intentionen des Wissenschaftlers abzuleiten ist, die Notwendigkeit dieser

Aktivität begründen. Hier, am Anfang der wissenschaftlichen Arbeit, steht eine eindeutige Wertung, wie wertungsfrei später auch das Vorgehen in dem gewählten Bereich sein mag.

Es bedarf deshalb keiner Begründung, höchstens einer Erläuterung der Wertung, daß nicht eine Geschichtsauffassung, die die Gesetzmäßigkeiten der geschichtlichen Entwicklung aufzudecken meint, und auch nicht eine Geschichtsbetrachtung rein positivistischer Art die Medizingeschichte beherrschen soll. Das pragmatische Element in beiden, die Möglichkeit, die Anschauungen des einzelnen richtiger und reicher zu machen, kann nur bejaht werden. Die Isolierung aber, in der beide Richtungen die geistige Aktivität des Forschenden in der Gegenwart beläst, muß die Medizingeschichte überwinden.

Gerade der Arzt kann sich ein *l'art pour l'art* der Geschichtsbetrachtung nicht leisten. Er ist jederzeit vor das Problem der menschlichen Existenz gestellt und zur Frage verpflichtet. So ist es die philosophische Einstellung, die geistige Öffnung für den geschichtlichen Zusammenhang, in dem das eigene Verstehen gebunden, d.h. gegründet und gefesselt ist, die die wesentliche Ergänzung jeder nur beschreibenden und systembildenden Medizingeschichte darstellt. Eine so verstandene Medizingeschichte bedeutet für viele Bereiche nur naturwissenschaftlichen Denkens in der Medizin eine bedeutende Umorientierung, auf deren Notwendigkeit Joseph Schumacher in seiner Schrift "Medizingeschichte - Wozu" eindrücklich hinweist.¹⁾

Nicht die Aufzählung der Irrtümer der Medizin in der Vergangenheit,²⁾ sondern die unvoreingenommene Frage nach der menschlichen Aktivität in der Medizin, ihrem Sinn, ihrer Problematik, gibt der Medizingeschichte den Grad

1) Joseph Schumacher, "Medizingeschichte - Wozu", Festvorlesung 1957, Wiss. Verlagsgesellschaft MBH Stuttgart 1958, S. 13.

2) ebenda, S. 26 f.

an Reflexion, der dem Untersuchungsobjekt der Medizin, dem ganzen Mensch in seinen Krankheiten, gerecht wird.

b) Krankheitsgeschichte

Die verstehende geschichtliche Betrachtung findet nicht nur für die medizinische Wissenschaft als ganzes statt. Sie bezieht sich ebenso auf Teilgebiete der Medizin wie die Zahnmedizin, d. h. auf bestimmte Krankheitsbilder und die an sie anknüpfende medizinische Behandlung in der Geschichte.

Wohl am lebendigsten und am fruchtbarsten ist die geschichtliche Betrachtung, wenn sie unmittelbar in die Aktivität des Arztes eingeht, in seine Krankenbehandlung. Zu dem Verständnis der Krankheit selbst muß das der kranken Person kommen. Hier hilft die geschichtliche Betrachtung in einer besonderen Form, in der Krankheitsgeschichte des Patienten. Das bedeutet nicht etwa die Aufblähung der Suche nach der Krankheitsursache, die natürlich in der Vergangenheit liegt, zu einer besonderen Methode, sondern der notwendige Rahmen einer kausalen Diagnose, wie eng er im Einzelfall auch beschaffen sein mag. Wenn man sich vor allem die Fälle seelischer Erkrankung vor Augen führt, so wird deutlich, wie weit der Rahmen der persönlichen Krankheitsgeschichte oft sein kann. Er reicht durch das ganze Leben des Patienten. Viele Störungen haben ihre Wurzel bekanntlich in der Kindheit.

Die kumulierenden Effekte, die den seelischen Störungen im Zeitablauf eigen sind, lassen häufig eine zu eng gezogene Krankheitsgeschichte des Patienten zur Ursache der Vergeblichkeit von Diagnose und Therapie werden. "Immer wieder können ja nicht nur körperliche, sondern auch seelische Ereignisse sich auf die Reaktionsweise ausgewirkt und sie allmählich so geändert haben, daß man es dann dem letzten Anstoß, der schließlich zu Krankheit führt, gar nicht mehr ansehen kann, was ihn zum krankheitsauslösenden Faktor werden ließ".¹⁾

1) Thure v. Uexküll, "Grundfragen der psychosomatischen Medizin", Rowohlt Verlag Hamburg 1963, S. 30.

2. Das Leib-Seele-Problem in der Geschichte der Zahnbehandlung

Die auf die Zahnbehandlung entfallende medizinische Wissenschaft hat einen umstrittenen aber unbestreitbar nicht sehr großen Anteil an der geschichtlichen Entwicklung der Medizin. Auf der anderen Seite hat die Erforschung der leib-seelischen Zusammenhänge bisher nur einen verhältnismäßig unbedeutenden und ebenfalls umstrittenen Beitrag zur medizinischen Wissenschaft leisten können. - Einen entsprechenden Bedeutungsumfang erhält also die Behandlung des Leib-Seele-Problems in der Zahnheilkunde der Vergangenheit. Von einer Geschichte der Psychosomatik in der Zahnmedizin zu sprechen, ist verfehlt. -

Die bescheidenen Ansätze, die dennoch möglich sind, können aber dazu beitragen, ein gewisses Verständnis für die Stellung des seelischen Bereichs in der Zahnbehandlung zu wecken.

a) Die Geschlossenheit der leib-seelischen Behandlung in Frühzeit, Mittelalter und rezenten Primitivkulturen

Bedeutsam erscheint eine Beobachtung, die sich auf alle Zeitalter der Menschheitsgeschichte bezieht: In bestimmten kulturellen Bereichen gibt es keine sichtbare und bewußte Trennung zwischen seelischer und körperlicher Behandlung. Beides ist untrennbar miteinander verwoben und stellt den naturwissenschaftlich geschulten Beobachter vor einige Rätsel. Die ersten Ärzte der Menschen sind zugleich ihre ersten Priester gewesen.¹⁾ Typisch für die Behandlungsweise dieser Leib- und Seelsorger, die zwei für heutige Begriffe völlig getrennte Funktionen vereinbarten, war das Geheimnisvolle, anscheinend aus metaphysischen Kräften Gespeiste der Heilung. Die Unklärlichkeit des Unheilvollen und des Bösen, das sich in der Krankheit zu manifestieren scheint, rief nach einem Verbindungsmann zwischen Irdischen und Überirdischen, der die widerstreitenden Mächte, die anscheinend die Krankheit bedingen, versöhnen könnte.

1) Geist-Jakobi, "Geschichte der Zahnheilkunde"
Verlag Franz Pietzcker Tübingen 1896, S. 2 f.

Ein lebendiger Eindruck dieser Situation kann heute noch bei den rezenten Primitivkulturen vermittelt werden, falls die überlieferten Rezepte der Ägypter für die medizinische Behandlung nicht Zeugnis genug sind.¹⁾ Die materiellen Bestandteile der Heillösungen sind regelmäßig so einfacher Natur und im Grunde genommen von der Art her gleichgültig, daß dem Außenstehenden in den Fällen der Heilung keine andere Möglichkeit bleibt, als der suggestiven Behandlungsweise den Erfolg zuzuschreiben. H.B. WRIGHT, der die Zauberkünste der Medizinmänner heute lebender Amazonas - Indianer beobachtete, mußte sich von der Virtuosität erfolgreich zaubernder Medizinmänner beeindrucken lassen.²⁾ E. HEINRICH schreibt zu dem Bericht einer wunderbaren Zahnschmerzbehandlung in dem oben genannten Rahmen: "Das erstaunliche Wissen um die Zusammenhänge zwischen Körper und Seele ermöglicht es, im Patienten die innere Bereitschaft herbeizuführen, seinen Wunderglauben zu aktivieren und damit Kräfte auszulösen, die uns unnatürlich vorkommen oder zumindest unverständlich bleiben, weil wir die Geisteswelt der Primitiven nicht mehr verstehen."³⁾

Die Wunderheilungen bauen auf einem starken Glauben auf. Dieser wird bei den primitiven Kulturen durch bestimmte Symbole und geheimnisvolle vom Medizin-Priester gesteuerte Tätigkeiten und die durch sie bewirkten Erfolge angefacht und aufrechterhalten. Er wird geschützt durch die Geheimhaltung der verwendeten Mittel, in denen ja - das weiß der Wunderdoktor - die Heilung nur indirekt begründet ist.

Das, was bei den Babylonieren, Ägyptern, Hebräern, Germanen, den Mönchen des Mittelalters und in der Neuzeit bei einigen isolierten Menschengruppen vor sich gegangen ist und vor sich geht, ist nur in einer Hinsicht ein Zeichen mangelnder medizinischer Fähigkeiten. Naturwissenschaftliche begründete Therapien fehlen weitgehend. Das mangelnde Verständnis der körperlichen Vorgänge scheint jedoch von einer zwar naiven, aber dennoch nicht abwegigen Vorstellung von den körperlich-seelischen Zusammenhänge begleitet zu sein, die den großen Mangel

1) Geist-Jakobi, "Geschichte der Zahnheilkunde", Verlag Franz Pietzcker Tübingen 1896, S. 6

2) WRIGHT, H.B. "Zauberer und Medizinmänner", Zürich, Orell Füssli-Verlag

3) HEINRICH, E., "Der Zahnarzt in der Karikatur", München 1963, J.F. Lehmanns Verlag, S. 14

natürlich nur am Rande kompensieren kann. Die Vermittler der Wunder werden sich häufig darüber im Klaren sein, daß sie an einem Heilprozess mitwirken, der im Grunde aus dem Patienten selbst erwächst und den sie zu wecken verstehen.

Da, wo der gezielte körperliche Eingriff von Suggestion und Hypnose begleitet ist, verbindet sich die naturwissenschaftliche Methode mit der Aktivierung oder Inaktivierung seelischer Einflußgrößen der Krankheit.

Die ganzheitliche Behandlung der Zahnkrankheiten in der Geschichte kann in einem verhältnismäßig positiven Licht gesehen werden, wenn - wie in vielen Fällen anzunehmen ist - sich das ärztliche mit dem priesterlichen Anliegen dazu vereint, dem kranken Menschen Hilfe zu geben. Davon abgesehen bildet das übermächtige Vertrauen auf die Möglichkeit der Wunderheilung sicherlich ein starkes Hemmnis für die Entwicklung einer notwendig skeptischen naturwissenschaftlichen Einstellung der Krankheit und ihrer Heilung gegenüber. Es verhindert vor allem die Erkenntnis der elementaren Gegebenheiten der Zahnkrankheiten, es verhindert die sachgerechte Pflege und die einfache kausale Behandlung vieler Krankheitsfälle, wie erfolgreich und überzeugend der primitive, ganzheitliche Ansatz durch die Weckung oder Wiederherstellung seelischer Kräfte im Einzelfall auch sein mag.

Wo allerdings der Antrieb zu helfen völlig in den Hintergrund tritt, wo die nur in Ansätzen sachkundige Behandlung auf einen effektvollen Augenblickserfolg ausgerichtet ist, muß die geschilderte Behandlungsweise zu einem Hohn werden. - Die sich teilweise aus dem ordentlichen Baderberuf rekrutierenden Scharlatane und Quacksalber des Mittelalters sind zeitlich nicht zu weit entrückt, als daß sie nicht in allgemeiner Erinnerung wären.¹⁾ Sie waren über Jahrhunderte hinweg die einzigen, die die Zähne behandelten.²⁾ Ihre Behandlungsweise stellte sogar im Verhältnis zu alten Zeiten teilweise einen Rückschritt

1) Vgl. HEINRICH, E., "Der Zahnarzt in der Karikatur", München 1963, J.F. Lehmanns Verlag, S. 23 f und die dort zitierte Schilderung einiger berühmter Scharlatane.

2) Vgl. Geist-Jakobi, "Geschichte der Zahnheilkunde" Verlag F. Pletzcker, Tübingen 1896, S. 80

dar und hemmte die Entwicklung der Zahnheilkunde im Vergleich zu der übrigen medizinischen Wissenschaft in entscheidender Weise. Wenn die Scharlatane und ihre kurpfuschenden Berufsgenossen, die als "Winkelärzte" ("... Zahnbrecher, Landstreicher, Historier...") bestimmten Beschränkungen unterworfen waren¹⁾, selten allgemeine Achtung zuteil wurde, so gelangten sie jedoch manchmal mit ihren zweifelhaften 'ärztlichen' Künsten und ihrer unzweifelhaften Fähigkeit, ihre Umgebung zu beeindrucken und zu blenden, in beachtliche Positionen.²⁾

Der gelegentliche Erfolg, der den Badern und den verwandten Berufsgattungen in der zahnärztlichen Tätigkeit immer wieder und lange Zeit hindurch zuteil wurde und ihnen eine verhältnismäßig starke Stellung den Ärzten gegenüber gab³⁾, kann nicht so sehr in ihrem Wissen um die körperlichen Zusammenhänge begründet gewesen sein. Es war wohl auch ihr Instinkt für die seelische Behandlungsmöglichkeit, den sie bewußt oder unbewußt als Mittel für ihre oft betrügerische Geschäftstätigkeit einsetzten.

1) Geist-Jakobi, "Geschichte der Zahnheilkunde", Verlag F. Pietzcker, Tübingen 1896, S. 79

2) Vgl. BUEROSE, K.E., "An einem Zahn ist er gestorben" der in dichterischen und autobiographischen Zeugnissen jener und der neueren Zeit anschauliches Material über das Wirken "großer" Scharlatane findet. Zahnärztliche Mitteilungen Nr. 19/1964, S. 900

3) Geist-Jakobi, ebenda, S. 87 f.

b) Die Herrschaft des naturwissenschaftlichen Denkens
in der Zahnheilkunde

Das Schattendasein der Zahnheilkunde neben der übrigen medizinischen Wissenschaft dauerte bis in das 19. Jahrhundert hinein an. Noch bis zum Jahre 1825 wurden die zahnbehandelnden Personen in Deutschland nicht als Medizinalpersonen anerkannt, sondern bezüglich ihrer Vor- und Ausbildung mit den Quacksalbern auf eine Stufe gestellt.¹⁾ Jahrhunderte alte Gewohnheiten waren in dem im Werden begriffenen Beruf des Zahnarztes lebendig. So übte sogar Dr. Ringelmann, einer der ersten Professoren der Zahnheilkunde, seinen Beruf im Umherziehen aus und kündigte sich jeweils mit großen Worten an.²⁾

Den Anpassungsprozess, den die Zahnheilkunde im 19. Jahrhundert durchlaufen mußte, ehe ihr und den in ihr tätigen Menschen die für eine wissenschaftliche Ausgestaltung des Faches notwendige gesellschaftliche Anerkennung zuteil wurde, bestimmte im wesentlichen der Hauptstrom der damaligen medizinischen Wissenschaft.³⁾ Damit fand in der Anpassung eine Übernahme der naturwissenschaftlich geprägten Wissenschaftsgesinnung der Medizin statt.

Die Strenge des Verfahrens in der medizinischen Untersuchung, die durch die Bevorzugung des offensichtlich Erkennbaren, des eindeutig Identifizierbaren und Quantifizierbaren bedingt ist, bringt erst die Voraussetzungen, das Objekt Zahnkrankheit zu analysieren. Das Vorhaben, eine kausale Diagnose der Krankheit zu gewinnen, erzwingt die Schärfung des Auges für das Detail, für alle meßbaren Wirkungszusammenhänge, die zwischen den als selbständig begriffenen Elementen eines Krankheitsbildes auftreten.

Einen weiteren Eingang in die Heilkunde - besonders in die Zahnheilkunde - findet die Naturwissenschaft über die Technik.

1) Schaller, F., Dissertation, Köln 1963, "Ein Beitrag zur wissenschaftlichen und geschichtlichen Entwicklung der Zahnheilkunde im Rheinland und Würdigung einiger verdienstvoller Zahnärzte", S. 6

2) ebenda, S. 6

3) In seiner Dissertation untersucht P. Schaller diese Entwicklung in wissenschaftstechnischer und berufsorganisatorischer Hinsicht für das Gebiet des Rheinlandes.

Das Werkzeug setzt als Maschine oder Prothese an dem erkannten materiellen Wirkungszusammenhang an.¹⁾

Unter dem Einfluß der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise konnte die Zahnheilkunde in den letzten 150 Jahren so weit ausgebaut werden, daß von der Disproportionalität zwischen medizinischen und zahnmedizinischen Erkenntnissen und von der Diskrepanz in der allgemein gesellschaftlichen und speziell wissenschaftstechnischen Einstufung der entsprechenden Heilpersonen wenig übrig geblieben ist.

So ist es die vorherrschende naturwissenschaftliche Grundeinstellung, die, in Medizin und Zahnmedizin gleichermaßen anzutreffen, den Blickwinkel für die Betrachtung des Leib - Seele - Problems abgibt. - Dieser Blickwinkel ist in zweifacher Weise gefährdet, einer Art Beschränkung Vorstoß zu leisten.

Zum einen kann der im naturwissenschaftlichen Denken Befangene geneigt sein, für die zu erkennenden Kausalzusammenhänge zuerst materiell faßbare und möglichst meßbare Größen anzunehmen. Diese Haltung deutet sich die seelische Krankheit und die entsprechende Behandlung leicht als einen Selbstbetrug des Kranken bzw. einen Betrug des Behandelnden, dazu bestimmt, eigene offensichtliche Vorteile zu erlangen.²⁾ Die materialistisch-utilitaristische Gesinnung, wie wenig ausdrücklich und wie wenig eingestanden oder beabsichtigt sie sein mag, äußert sich dann in der Leugnung spezifisch seelischer Erscheinungen in der Krankheit, da diese jederzeit auf körperliche reduzierbar erscheinen. Das Problem des Seelischen wird eliminiert, es stört zumindest nicht mehr.³⁾

Zum anderen kann die konkrete analytische Betrachtungsweise der Naturwissenschaften in der Heilkunde das Gesichtsfeld des Untersuchenden zu ungunsten umfassender - verstehender - Erkenntnisse verengen. "Unsere wissenschaftlichen Forschungs-

1) So betrachtet weisen Zahnheilkunde und Chirurgie wesentliche Parallelen auf.

2) Geist-Jakobi, a.a.O., S. 2 f. Der Autor bietet an dieser Stelle ein deutliches Beispiel für einen solchen Interpretieren.

3) Uexküll, v.Th., a.a.O. S. 14

methoden lassen sich mit Mikroskopen vergleichen: Je stärker die Vergrößerung der optischen Apparaturen wird, umso genauer wird zwar das Bild, umso enger aber auch der Ausschnitt und umso größer die Gefahr, Nachbargebiete zu übersehen und den Zusammenhang des Ganzen aus den Augen zu verlieren".¹⁾ - Der Bereich des Seelischen, der immer die ganze kranke Person umfaßt, geriet tatsächlich an den Rand der wissenschaftlichen Betrachtung in der Heilkunde, obwohl er Jahrtausende lang integrierender Bestandteil der heilenden Behandlung war. "Krankheit" wurde definiert als "das Resultat einer Veränderung der anatomischen Struktur des Körpers, wobei man unter der anatomischen Struktur seine Zusammensetzung aus physikalischen und chemischen Bestandteilen verstand."²⁾

Das seelische Problem wird - wie in dem ersten Fall - eliminiert und zwar durch eine den körperlichen Phänomenen analoge Behandlung. - Erklärlich mutet von hier die streng begriffliche Trennung 'Körper' - 'Seele' an, in der dem Seelischen ein geeigneter unschädlicher Platz im wissenschaftlichen Bewußtsein eingeräumt wird. So wurde längere Zeit mit der Vorstellung gearbeitet, daß dem 'Gegensatz' aus seelischen Erlebnisvorgang und körperlichem Geschehen die Existenz zweier von einander unabhängiger Nervensysteme, des animalischen und des vegetativen, entspräche.³⁾

Das naturwissenschaftliche Denken gab also der Zahnheilkunde weite Erkenntnismöglichkeiten und einen erheblichen Aufschwung des Behandlungserfolges, ließ allerdings durch die geschilderte Beschränkung gleichzeitig einen Teil bereits gewonnener Vorstellungen verblassen.

1) UEBERALL, v.Th., a.a.O. S. 15

2) Vgl. ebenda, S. 16

3) Vgl. ebenda, S. 15

c) Die Psychologie in der Zahnmedizin

Es soll an dieser Stelle nicht untersucht werden, was die eigentlichen Gründe dafür waren, daß heute dem seelischen Problem in Krankheitstheorie und -behandlung sowohl in der allgemeinen wie in der Zahnheilkunde steigende Beachtung geschenkt wird.

Historisch erscheint die Pionierarbeit FREUDs auf dem Gebiet der Psychoanalyse und Psychotherapie von ausschlaggebender Bedeutung für diese Entwicklung. Vor allem aber die empirische Erforschung von Leib - Seele - Beziehungen, die von I.P. PAWLOW in Rußland und von W.B. CANNON in den Vereinigten Staaten eingeleitet wurde und dort von Wissenschaftlern wie F.DUNBAR und F. ALEXANDER ausdrücklich als Psychosomatik betrieben wird, muß hier genannt werden.

In Deutschland ist vom Zeitalter der Romantik an die Diskussion um die körperlich-seelischen Zusammenhänge in der Krankheit nie verstummt, wenn auch die streng naturwissenschaftliche Ausrichtung der Wissenschaft das psychosomatische Gedankengut und die entsprechende Forschung in den Hintergrund drängen konnte, und diese letztere möglicherweise gerade durch diesen Druck zu einem anti-naturwissenschaftlichen, philosophisch-anthropologischen Forschungsansatz, beginnend mit G. GRODDEK, führte. - Dem Bemühen vor allem von V.VON WEIZSÄCKER darum, den Blick über die Funktionsstörung hinaus zu ihrem seelischen Hintergrund zu weiten, und dem späteren Versuch von F. DEUTSCH, die Psychoanalyse in die innere Medizin einzugliedern, folgen das Verständnis der Psychosomatik als einer empirischen Wissenschaftsrichtung und ein stärkeres Bewußtsein der wissenschaftstheoretischen Grundlagen dieser Richtung. Die Arbeit Th.Von UEXKÜLLs über die psychosomatische Medizin¹⁾ ist als Versuch zu einer begrifflichen Grundlegung, mit der sowohl die Probleme als auch die Methoden und die Sprache der Psychosomatik berührt werden, zu verstehen.

Teilweise stellten zeitbedingte Erscheinungen und Krankheiten, die man jenen zuzuschreiben geneigt war, - man denke an die Kriegszitterer oder die sogenannten 'Managerkranken' -

1) UEXKÜLL, v. Th., a.a.O.

die konkreten Probleme dar, über die die psychosomatische Forschung zu einem grundlegenden - zeitloseren - Verständnis der als "Zeitkrankheit" bezeichneten leib-seelischen Störungen gelangen wollte. Wie in der allgemeinen Medizin, so versuchte man auch in der Zahnheilkunde psychologisches und psychotherapeutisches Gedankengut mit den Erkenntnissen der Humanbiologie zu vereinen und für die praktische Arbeit des Arztes nutzbar zu machen.

Die 1921 vorgelegte Dissertation von Justinus Westhoff "Die Psychotherapie und ihre Bedeutung für die zahnärztliche Praxis"¹⁾ zeugt von diesem Bestreben, wenn auch in ihr Hypnose als möglichem Mittel der Anästhesie allzu viel Beachtung geschenkt wird. Die Hypnose, d.h. die Beschaffenheit der hypnotisierten Person und die Hypnosewirkung gehört zwar als Phänomen in den Bereich der Psychosomatik, wird aber, wenn sie dazu dient, die Person für die - wohlbemerkt rein naturwissenschaftliche - Therapie in einer Art bereitzustellen, die am besten als angenehm bearbeitbar bezeichnet werden kann, nur in Hinblick auf diese Funktion gesehen und steht dann in keinerlei Beziehung zum Verständnis oder zu Behandlung der ganzen Person. Denn letztlich ist es das humanistische Anliegen, die Menschlichkeit in der Medizin (Mitscherlich) zu fördern, aus der die psychosomatische Forschungsrichtung gespeist wird.

Der große Lehrer der Zahnheilkunde, EULER, macht darauf aufmerksam, wieviel Gewinn er aus seiner psychotherapeutischen Zeit im Anfang dieses Jahrhunderts in Erlangen gezogen hat und wieviel Verständnis er deshalb "... den späteren Bemühungen von HEINRICH, SACHS und anderen um die Einführung psychologischen Denkens in der Zahnheilkunde entgegenbringen ..." ²⁾ konnte.

Zu den bemerkenswerten Arbeiten von E. HEINRICH treten in jüngerer Zeit die von H. MENG, der gleichzeitig der Herausgeber des 1952 erstmalig erschienen Standardwerkes

1) Dissertation Köln, Prof. Dr. Zilkens

2) Euler, H., "Lebenserinnerungen eines Lehrers der Zahnheilkunde," Carl Hanser Verlag, München 1949

"Psychologie in der zahnärztlichen Praxis"¹⁾ ist. - Eine grundsätzliche - fast selbstverständliche - psychotherapeutische Einstellung des Zahnarztes fordert W. BALTERS²⁾, der als ein exponierter Verfechter psychosomatischer Gedankengänge in der Zahnheilkunde gilt.

Wenn auch noch nicht gesagt werden kann, daß die Zahnheilkunde die Vorstellung von dem Leib - Seele - Problem in Theorie und Praxis integriert habe, so ist doch der große Fortschritt in dieser Richtung nicht zu übersehen. Es scheint, daß besonders die Zahnheilkunde eine breite, fast jeden einzelnen Arzt umfassende Aufnahmebasis für das psychosomatische Gedankengut zu bilden bereit ist. Die geschichtliche Erklärung dafür fehlt hier; der Versuch einer Begründung aus der Sache heraus wird aber an späterer Stelle vorgenommen.

Diejenigen Wissenschaftler und Ärzte, die aus der Zahnheilkunde kommend das naturwissenschaftlich-technische Behandlungsmonopol zu durchbrechen trachten, setzen in der Regel an den praktischen Problemen an. Sie wissen von diesen meist aus eigener Erfahrung, daß sie ihre Vorstellung in irgendeiner Weise über die konventionell-medizinische hinaus erweitern müssen, um der Person des Kranken gerecht zu werden.

In sehr vielen Fällen wird dann von den Autoren, die ihre Erfahrungen und Einsichten weitergeben wollen, eine Art des leib-seelischen Verständnisses gefordert, die an das gemahnt, was als Menschenkenntnis und Fähigkeit der Menschenführung des behandelnden Arztes hinlänglich bekannt ist und häufig genug-bewußt oder unbewußt-gepflegt wird.

Es erscheint auch richtig, daß neben das Bemühen, die 'seelische Krankheit' zu verstehen, auch der zweifellos nicht seelische Kranke in die Überlegungen einbezogen wird, wie eine systematische Erkenntnis der Person des Kranken und seiner typischen Beziehung zum Arzt in der Behandlungssituation gewonnen werden kann, um damit die Heilung der Person, worin auch immer die Krankheit ihrer Zähne begründet ist, zu fördern.

- 1) MENG, H. "Psychologie in der zahnärztlichen Praxis" Med. Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart 1952
- 2) Vgl. den Bericht über die Lindauer Psychotherapiewoche in "Zahnärztliche Mitteilungen", Nr. 12/1964, S. 583

II. Psychosomatische Störungen und die medizinische Zahnbehandlung

1. Problemstellung der Psychosomatik und der soziologischen Medizin

Ein geeigneter begrifflicher Rahmen für die Psychosomatik, in dem diese die körperlich-seelischen Störungen verstehen und behandeln kann, muß sich sowohl von den Begriffen der Philosophie und der Psychologie, in der die psychosomatischen Phänomene zuerst einer wissenschaftlichen Deutung zugänglich gemacht wurden, als auch von dem Gerüst an Verlegenheitsbegriffen, die die streng naturwissenschaftliche Medizin für den Bereich der Psychosomatik zur Verfügung stellt, freimachen. Die in der Psychologie und in der Physiologie verwendeten Vorstellungen von Körper und Seele mögen dem Ziel dieser Wissenschaften weitgehend entsprechen. Der operative Gehalt der aus ihnen entlehnten Begriffe ist aber für die Behandlung psychosomatischer Phänomene nicht gegeben. Da die zu verwendenden Begriffe "Werkzeuge sind, die sich im Umgang mit den konkreten Aufgaben des Arztes bewähren müssen"¹⁾, gilt es, die Definitionen aus dem Werk zu gewinnen und die Analyse vom Werk her vorzunehmen, für die die Begriffe dienen.

Modellverständnis und Behandlung der Krankheiten, die als psychosomatisch bezeichnet werden, sind dieses Werk. In der begrifflichen Konzeption, die von UEXKÜLL gibt, sollen sich solche 'Werkzeuge' finden lassen, in denen der Bezugsraum mitgenannt wird, innerhalb dessen sie verwendet werden.

a) Leben als Integration

Der gemeinsame Bezugsraum "ist der Integrationsraum, in dem einfachste Aktionen so zusammenarbeiten, daß sie gemeinsam komplexere Handlungen verwirklichen, die dann wieder auf höheren Stufen in immer komplexere Handlungsabläufe eingebaut sind."²⁾ Das normale Handeln des Menschen wird also zum Aufbau der Theorie als ein hierarchisches System von Handlungselementen gesehen, die sich zu einer höheren Einheit integrieren und die in Hinblick auf untere Elemente bereits integriertes Handeln darstellen. Bezeichnet man das eine Element der Integrationsbeziehung als das Subjekt und das andere Element, das für das

1) UEXKÜLL, v. Th., a.a.O., S. 124

2) ebenda, S. 128

Subjekt eine übergeordnete Gesamt-Umwelt darstellt, in die es die Eigen-Umwelt einzufügen hat, als Sozietät, dann wird die Zweidimensionalität des einzelnen Handlungsbereiches deutlich: "Jedes Subjekt ist zugleich eine Sozietät und jede Sozietät zugleich ein Subjekt. Ebenso ist jede Eigen-Umwelt zugleich die soziale Wirklichkeit einer Gesamt-Umwelt, und jede soziale Wirklichkeit ist zugleich eine Eigen-Umwelt".¹⁾

Einige Beispiele sollen den sehr abstrakt anmutenden begrifflichen Rahmen einleuchtend machen.

1. Zellsubjekte sind zu Gewebs- und Organeinheiten integriert.
2. Gewebs- und Organsubjekte sind in der nächsthöheren Integrationsstufe zu den Organismen zusammengeschlossen.
3. Diese agieren als Subjekte in der Integrationsstufe der engeren sozialen Wirklichkeit, der intimen Gruppe.
4. Mit Gemeinschaften und Kulturen lassen sich eine Zahl weiterer Individualitäten höherer Ordnung nennen, für die die Integration analog verläuft.²⁾

Mit der geschilderten Betrachtungsweise knüpft VON UEXKÜLL an ähnliche Vorstellungen bei R.R.GRINKER³⁾ an, für den "Soma, Psyche, Gruppe, Gesellschaft und Kultur ... ein in Stufen gegliedertes Kontinuum" bilden, "in dem jede Stufe die beeinflussende, steuernde und integrative Gesamt-Umwelt für die Gebilde der nächst einfacheren Stufe und ihrer Eigen-Umwelten darstellt."⁴⁾

Es ist wichtig nicht zu übersehen, daß die Einteilungen heuristischer Natur sind. Die Stufen sind selbstverständlich weder eindeutig festzulegen (was auch nicht nötig ist), noch sind sie als solche zu erkennen. Menschliches Handeln spielt sich, das Kontinuum in unterschiedlichem Ausmaß umgreifend, in diesem ab. Die Übergänge sind nahtlos; denn es ist die ganze Person, die jeweils handelt. 'Kontinuum' heißt auch nicht, daß die Integrationshierarchie eine homogene und gleichbleibende innere Beziehung aufweisen müsse. Ebenfalls ist die Frage, welches das angeborene und welches das gelernte Erbe ist und wie sich beides auf das Kontinuum verteilt, eher für die Bestimmung der menschlichen Freiheit bedeutsam.

1) UEXKÜLL, v.Th., a.a.O., S. 230

2) ebenda, S. 230

3) GRINKER, R.R., in "The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis", New York 1953

4) UEXKÜLL, v.Th., a.a.O. S. 229

Wichtiger ist für die folgende Behandlung des psychosomatischen Krankheitsphänomens, daß eine Brücke von der Medizin, die sich bislang vorwiegend auf die niedrigen Integrationsebenen konzentriert hat, hin zur Soziologie, die die Integrationen in Gruppe und Gesellschaft untersucht, geschlagen ist und damit die Möglichkeit besteht, der soziologischen und der psychosomatischen Medizin einen gleichen Begriffsrahmen zu geben. - Im Blickpunkt der psychosomatischen Medizin steht nicht nur die Einordnung der Organe in den komplexeren Zusammenhang der Bewegung des ganzen Organismus, sondern vor allem auch die durch Identifizierung mit den Gruppen erreichte emotionale Integration des Organismus in der Gesellschaft.¹⁾ Inwieweit dies zu einem Wandel der ätiologischen Vorstellung der medizinischen Wissenschaft führt, sei hier dahingestellt.²⁾

Im geschilderten Bezugsraum der Begriffe erfahren 'Gesundheit' und 'Krankheit' ihre spezifische Deutung.

"Gesundheit wird...als durchgehendes Integriertsein"³⁾ verstanden. Einfachere Vorgänge sind im gesunden menschlichen Leben in komplexere Handlungszusammenhänge eingeordnet, bzw. einfachere Handlungsvorgänge werden dauernd in komplexere Zusammenhänge eingeordnet; denn die strukturelle Wandlung im Kontinuum, die Dynamik des Lebens, die sich im Lernen von Verhaltensweisen und in der Bewältigung auftretender Konflikte zur Gewinnung einer neuen (wenngleich nicht endgültigen) Form von Harmonie äußert, bedeutet keineswegs Krankheit.

'Krankheit' wird dagegen als "Bruch des Integriertseins"⁴⁾, als Unterbrechung des durchgehenden Kontinuums der Lebensvorgänge verstanden.- Da nicht der Konflikt in den Integrationsverbindungen 'Krankheit' sein kann, muß die mangelnde Möglichkeit, ihn in einer Weise zu lösen, daß eine erneut, vielleicht besser

1) UEXKÜLL, v.Th., S. 220 f.

2) ebenda, S. 239 f.

3) ebenda, S. 233

4) ebenda, S. 233

oder nur anders integrierte Person aus ihr hervorgeht, das Krankheitsphänomen ausmachen.¹⁾

Die bisher ohne nähere Interpretation gebrauchten Bezeichnungen 'körperlich' und 'seelisch' ergänzen den gefundenen Krankheitsbegriff folgendermaßen: "Wenn von seelischen Störungen gesprochen wird, ist ein Bruch auf einer Stufe hochkomplexer Zusammenhänge gemeint, während unter körperlicher Störung ein Bruch auf einer Integrationsstufe einfacherer Leistungen verstanden wird".²⁾

Um das Betätigungsfeld der psychosomatischen Medizin einzugrenzen, seien die polaren Erscheinungen 'seelische Krankheit' und 'körperliche Krankheit', die sich sozusagen an den Enden des Interessengebietes der Psychosomatik gegenüberstehen, exemplarisch erklärt.

Zu den rein seelischen Krankheiten, bei denen die Störung und ihre Ursache im seelischen Bereich liegt, rechnet VON UEXKÜLL die Neurosen und Hysterien mit seelischen Symptomen, die Zwangskrankheiten und Verfolgungswahne. Ein Teil der herkömmlicherweise als psychopathisch und ein Teil der als psychoneurotisch bezeichneten Phänomene würden also dazugehören.³⁾ Für eine Patientin mit einem Verfolgungswahn erklärt der Autor die rein seelische Natur ihrer Krankheit damit, "daß alle Lebensvorgänge harmonisch auf die Motive ausgerichtet waren, die ihre Wahnwelt gestalteten. Ihr Puls, ihre Atmung, ihr Blutdruck und ihre sonstigen Körperfunktionen waren so in den Rhythmus ihrer Gefühle, Reaktionen und Handlungen eingepaßt, daß keinerlei Störung erfolgte.

1) Hier zeigt sich eine mögliche Schwäche der Konzeption VON UEXKÜLLs. Wenn das Kontinuum dynamisch verstanden wird, muß etwas über die Schnelligkeit oder die Art der Reintegration gesagt werden, damit nicht jede Umstrukturierung des Kontinuums Krankheit ist. Diese Bestimmungsgründe enthüllen sich dann sicherlich als dem gesellschaftlichen Bewußtsein entnommen, so daß Krankheit - gemeint sind vor allem die Störungen hochkomplexer Handlungszusammenhänge - das ist, was wir als solche empfinden, eine etwas tautologische Lösung.

2) UEXKÜLL, v.Th., S. 233

3) Vgl. die bei H.MENG in "Medizinische Psychologie und Psychohygiene in der zahnärztlichen Praxis" wiedergegebenen Termine und die dazugehörigen Begriffsinhalte; Meng, H. (Hrsg.) "Psychologie ...", a.a.O. S 14 und S. 16 f.

Ihr körperliches Verhalten und ihr Erleben waren in die Einheit ihrer Wahnwelt integriert. Aber diese Wahnwelt als Ganzes war nicht mehr in die Welt ihrer Mitmenschen integriert. Hier lag ein Bruch: die Einheit ihrer Eigen-Umwelt war aus der Einheit der sozialen Mitwelt herausgebrochen."¹⁾

Das Gegenbeispiel einer rein körperlichen Krankheit findet VON UEXKÜLL in einem Patienten mit diphtherischer Schluckstörung: "Auch hier lokalisiert die Aussage, daß die Störung im Körperlichen liegt, einen Bruch im Integrationsgefüge. Er wird aber jetzt auf eine Stufe verlegt, wo automatisch ablaufende Verrichtungen durch die Schädigung bestimmter Muskelverbände mit einem chemischen Stoff, nämlich dem Gift der Diphtheriebazillen, unmöglich gemacht werden. Das komplexere Funktionsgefüge des Schluckaktes kann nicht mehr integriert werden, weil die geschädigten Muskeln aus dem Zusammenspiel herausfallen."²⁾

Die zuletzt genannte Art der Krankheit ist für den naturwissenschaftlich orientierten Arzt die Krankheit schlechthin. Ihr galt in der Geschichte der Zahnheilkunde - glücklicherweise, weil die Hilflosigkeit des Patienten in ihr sehr groß ist - eine Zeit lang das ausschließliche wissenschaftliche Interesse.

b) Die Krankheitstypen der psychosomatischen Medizin

Entfernt man sich den Extremfällen der rein seelischen und der rein körperlichen Krankheitsphänomene, so wird der eigentliche Bereich der 'Psycho'-'soma'-tik betreten, der Bereich leib-seelischer Krankheiten, "bei denen Störungen im Bereich komplexer Integrationen zu Störungen auf den Stufen einfacherer Leistungsgefüge führen".³⁾ Es sind dies die VON UEXKÜLL als Ausdruckskrankheiten, Bereitstellungskrankheiten und funktionelle Syndrome gekennzeichneten Störungen.

(1) Mit dem Begriff der Ausdruckskrankheiten knüpft VON UEXKÜLL an die von FREUD entwickelte Vorstellung der "Konversion" als der Möglichkeit, daß "unerträgliche seelische Vorstellungen" mit ihrer "Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt" werden können, an.⁴⁾

1) UEXKÜLL, v.Th., S. 232 f.

2) ebenda S. 233

3) UEXKÜLL, v.Th., a.a.O., S. 233

4) FREUD, S., "Gesammelte Werke", Bd.I., S. 63

Es wird davon ausgegangen, daß sich Seelisches in Körperliches umsetzt, eine Grunderfahrung, die unmittelbar einsichtig ist. Grundsätzlich spielt sich dieser Prozess bei jeder Handlung ab. In ihr führt ein 'Motiv', das als Deutung und deshalb Handlungsanweisung zwischen die Dinge und die Person tritt, zu einer spezifischen Handlung. "Das Motiv läßt also Subjekt und Objekt als Wirklichkeiten in actu entstehen."¹⁾ Die Zahl der Handlungsanweisungen wächst mit der Differenzierung der menschlichen Umgebung und der Steigerung der Erkenntnisfähigkeit. Es sind die erwähnten Integrationsebenen, auf denen die verschiedenen Motive wirksam werden. - Die Psychoanalyse unterscheidet "drei Bereiche, einen 'Es'-Bereich biologischer Motive, einen 'Ich'-Bereich und einen Bereich der überindividuellen Gemeinschaft, der in der Instanz des 'Über'-Ich ... seine Repräsentanz findet."²⁾

Die Motiv-Hierarchie ist nicht wie beim Tier in einer Weise gefestigt, die ein vollkommen automatisches Handeln, ein vollkommen automatisches Ineinandergreifen der verschiedenen Motive erlaubt. Eine Fülle von Verknüpfungsmöglichkeiten zeichnet vor allem die Ebene der überindividuellen Motive aus, die die Motive des Ichs in ihren Dienst nehmen und damit die Person in den gesellschaftlichen Zusammenhang integrieren. Die Person ist im Grunde dabei weniger der Ursprung oder der Kern der Handlungen als ihr Regisseur, als eine die Integration steuernde Instanz.³⁾ Die Identifizierung der Person mit den Motiven führt zu den Willenshandlungen, die eine besondere Ausdrucksbedeutung für die gesellschaftliche Umwelt besitzen.

Der dauernde Lernprozeß, der von Handlungserfahrungen zu neuen Motiven und wieder zu neuen Handlungserfahrungen führt, stört natürlich die Einheit der jeweiligen Handlungen. Die stellenweise automatisch ablaufenden Aktionen des Körpers werden unterbrochen und fügen sich nach der Motivumbildung wieder zu einer neuen - wenn man so will - 'Grazie' zusammen.

Der Integrationsprozeß ist aber in einer Weise gestört, die sich pathologisch auswirken kann, wenn, was FREUD meinte, ein höhergeordnetes Motiv so unerträglich ist, daß es in das Unbewußte verdrängt wird, und deshalb Motive niedrigerer Ebenen nicht mehr integrierend einsetzen kann. - Unerträglich heißt, daß es "die soziale Kontrollinstanz des Über-Ich dem Menschen verbietet",⁴⁾

1) UEXKÜLL, v.Th., a.a.O., S. 103/ 2) ebenda S. 114

3) UEXKÜLL, v.Th., a.a.O., S. 97 f./ 4) ebenda, S. 150

sich mit dem betreffenden Motiv zu identifizieren. Der modifizierte Konversionsbegriff besagt mithin, daß "im Rahmen eines Motivkonflikts ein unerträgliches Motiv in ein Handlungsbruchstück umschlagen kann, das dann als körperliches Symptom aus der Umsetzung der übrigen Motive in Handlung herausfällt."¹⁾

Die mangelnde Integration äußert sich in Handlungsbruchstücken, die der - freilich nicht gewollte und nicht gelungene - Ausdruck des Motivs ist. Die Dynamik (Erregungssumme), mit der das verdrängte Motiv ausgestattet ist, erschöpft sich in der handlungsdeformierenden Konversion, so daß das Gleichgewicht, das durch das Motiv gefährdet war, im Bereich des Sozialen aufrechterhalten werden kann. Welche Handlung deformiert wird, wo die Störung im körperlichen Bereich erscheint, läßt sich erst voraussehen, wenn etwas über die "Vorgänge der Symbolbildung in der menschlichen Seele"²⁾ bekannt ist. Deshalb ist die Ausdrucksdeutung ein wichtiger Teil der psychosomatischen Medizin.

Da Sprache, Mienenspiel und Gesten in erster Linie der sozialen Verständigung dienen, also Ausdrucksfunktionen sind, sind neurotische oder hysterische Sprachstörungen Prototypen der Ausdruckskrankheit. Auch die Nahrungsfunktion und die Ausscheidungsfunktion haben eine - sekundäre - Ausdrucksbedeutung (Schluckstörungen, Aerophagie, Obstipation). Das Spektrum der Ausdruckskrankheiten reicht sogar über Störungen der Bewegungs- und Haltungsfunktionen bis hin zu Deformierungen der Atmungsfunktion, z.B. in Hyperventilationszuständen.

(2) Das Konversionsmodell versagt bei leib-seelischen Störungen an inneren Organen. Da deren Funktionen der besonderen Identifikation durch den einzelnen nicht bedürfen und so eine Indienstnahme für die interpersonelle Verständigung selten gestatten, ist ihnen die Ausdrucksbedeutung regelmäßig nicht eigen.

Die Frage, wie der Zusammenhang zwischen Körperfunktionen in den vom vegetativen Nervensystem gesteuerten Organen und seelischen Vorgängen gestaltet ist, wurde schon frühzeitig, und zwar bei den Forschern I.P.PAWLOW und W.B.CANNON aufgeworfen. In seinen Tierexperimenten stieß jener auf Vorgänge - er beschrieb sie später als 'bedingte Reflexe' - die sich mit seiner Vorstellung

1) UEXKÜLL, v.Th., a.a.O., S. 135

2) ebenda, S. 153

von der Trennung des vegetativen vom animalischen Nervensystem nicht vereinbaren ließen. - W.B. CANNON beschrieb ähnliche Zustände, in denen sich Seelisches in der Tätigkeit der Organe niederschlägt, als 'emergency states'. In diesen Zuständen, z.B. Hunger, Angst, Zorn, stellt sich der Körper ohne Zutun des Ichs auf Ereignisse, die ihn berühren, ein.

Ausgelöst wird diese 'Bereitstellung' durch die Deutung, die Emotionen und Affekte aus der 'Weisheit des Körpers' heraus zu geben in der Lage sind. Wie diese Deutungen, die als seelische Erlebnisbereitschaft aufzufassen sind, den Körper auf die Aktionsbereitschaft abstimmen, kann durch die Vorstellung einer "Abstimmungs-Republik"¹⁾ veranschaulicht werden. "Im Rahmen einer solchen 'Abstimmungs-Republik' hätte unser Ich keine Kommando-Gewalt."²⁾ Das Ergebnis der Abstimmung ist eine geordnete Erlebnisbereitschaft der ganzen Person, die als 'Stimmung' bezeichnet werden kann.

Zu der Bedeutung der 'Stimmung' für die psychosomatische Medizin stellt VON UEXKÜLL fest:

- "1. Sie stellen Zustände dar, in denen automatisch ablaufende Vorgänge im Innern unseres Körpers und unser Erleben der Umwelt vor jeder Handlung auf ein gemeinsames Ziel, nämlich eine bestimmte Art der Auseinandersetzung mit künftigen Ereignissen abgestimmt sind...
2. Die verschiedenen Stimmungen besitzen offenbar spezifische Muster, nach denen unser jeweiliges Umwelterleben und die vegetativen Funktionen unserer Organe gemeinsam geordnet werden. ... Es kommt also in verschiedenen Stimmungen zu jeweils verschiedenartigen Gesamtumstellungen der vegetativ gesteuerten Funktionen in unserem Körper, und diese Umstellung bleibt erhalten, solange die Stimmung bestehen bleibt. ... Diese Zusammenhänge... weisen auch schon darauf hin, daß eine Stimmung, die zur Unzeit auftritt oder starr festgehalten wird, zu Störungen im Zusammenspiel der inneren Organe führen kann.
3. Ein weiterer Grund für die Bedeutung dieser Erscheinungen im Rahmen der psychosomatischen Medizin ist der folgende: Stimmungen lassen sich vom Seelischen und Körperlichen her

1) UEXKÜLL, v.Th., a.a.O. S. 174

2) ebenda, S. 174

beeinflussen. Ob ich ein Brechmittel einnehme oder ein ekelerregendes Erlebnis habe, in beiden Fällen gerate ich in eine Nausea, in der, nach dem gleichen Muster, meine Organe auf Schonung und mein Erleben auf Abwendung von der Außenwelt eingestellt sind. ... V.v.WEIZSÄCKER sprach in einem ähnlichen Zusammenhang treffend von dem 'Drehtür-Prinzip'." ¹⁾

Die 'Stimmungen' bilden wie die 'Motive', der anderen psychosomatischen Elementarkategorie, eine Voraussetzung des Handelns. Sie bereiten "den Boden, aus dem Motive entspringen und sich dann in Handlungen entfalten können. Ehe ein Motiv auftaucht, kann sich die Intensität der Stimmung ändern, sie wird aber aus sich allein heraus noch nicht zu einer Handlung führen. Ist aber ein Motiv da, dann wird die Dynamik, mit der es sich in Handlung umsetzt, aus der Intensität der Stimmung gespeist. Das Motiv zeigt also den noch nicht genau gerichteten Kräften der Stimmung die Wege und Kanäle, auf denen sie sich in Handlungen entladen können!" ²⁾ In der Handlung wird die emotionale Spannung verzehrt, und eine andere Stimmung und eine andere Bereitstellung kann den freigewordenen Platz einnehmen.

Die Störungen im Stimmungsbereich äußern sich darin, daß eine Stimmung nicht wieder abklingt. Für die psychosomatische Medizin ist dieser Fall vorwiegend dann interessant, wenn die Ursachen dieser Fixierung im Seelischen liegt. Zu der Handlung, in der sich die Stimmung auflösen könnte, gehört ein Motiv. Kann sich dieses Motiv nicht bilden, weil das die Kontrollinstanz des Ich nicht erlaubt, so kann die Stimmungsgeladenheit, die nie adäquat gelöst wird, sondern blind, d.h. relativ ungerichtet bleibt, zu dauernden Schäden an Organen führen. Diese Erscheinungen sind unter dem Begriff der 'Organneurose' bekannt. ³⁾ Zum Beispiel kann eine chronische Hypertonie durch eine dauernde Bereitstellung aus einem verbotenen, sehr tief verdrängten Haßgefühl, das nie Objekte hatte, entstanden sein.

Zuweilen verschiebt sich der Affektgehalt der Stimmung an fremde, inadäquate Motive. Auch hier, ein Beispiel ist manchmal die Fettsucht, kann sich die Stimmung nicht wirklich lösen; Störungen

1) UEXKÜLL, v.Th., a.a.O., S. 175 f.

2) ebenda, S. 178

3) ebenda, S. 187

in der geordneten Zusammenarbeit der inneren Organe sind die Folge.

Wie die Stimmungen gleichsam auf der Suche nach adäquaten Motiven sein können, so können Motive, die sich bereits gebildet haben und denen die Ausführung versagt ist, bei verschiedenen Gelegenheiten die entsprechende Bereitstellung erzeugen. "Inseln ungelebten unbewältigten Lebens"¹⁾ sind solche latenten Motivkonstellationen, die, wenn sie durch ein Objekt mit ähnlicher Handlungsanweisung angeregt werden, die Person immer wieder in die dazugehörige Stimmungslage versetzen, die doch nur in Probehandlungen ungenügend aufgebraucht werden können.

In den geschilderten Störungen, die von UEXKÜLL als Bereitstellungskrankheiten bezeichnet werden, kann also sowohl die Stimmung als auch das Motiv den Ausgangspunkt bilden. In der auftretenden Spaltung sind es nicht Handlungsbruchstücke, wie bei den Konversionen, sondern "Bereitstellungen oder Bruckstücke von Bereitstellungen, die sich nicht einfügen. Auch wenn unser Herz, unser Magen, unsere Leber 'nicht mitmachen', spaltet sich ein körperlicher Anteil automatischer Verrichtungen von den komplexen Anteil eines seelischen."²⁾

Im Gegensatz zu den Ausdruckskrankheiten verwandelt sich nicht Seelisches in Körperliches, es ist das Seelische, das adäquate Motiv, das im komplexen Handlungsgefüge nicht aufgenommen wird.

(3) Eine große Zahl von Krankheitsfällen, in denen körperliche und seelische Einflußgrößen quasi unlösbar miteinander verbunden erscheinen, sind weder Ausdrucks- noch Bereitstellungskrankheiten. Es sind Krankheitsfälle, die sich in Herzschmerzen, Verdauungsbeschwerden, Kopfdruck, Schlaflosigkeit usw. äußern und die nach der Vermutung ihrer Ursachen als vegetative Dystonie, Vasolabilität, neurocirculatorischer Dystonie usw. bezeichnet werden.³⁾

Stellt man diese funktionellen Syndrome mit den Ausdrucks- und den Bereitstellungskrankheiten unter den gemeinsamen Gesichtspunkt der Verdrängung, der besagt, daß "mit zunehmender Voll-

1) UEXKÜLL, v.Th., a.a.O. S. 181

2) ebenda, S. 195

3) ebenda, S. 199

ständigkeit der Verdrängung konfliktträchtiger Motive auf der einen Seite die Angst abnimmt, während auf der anderen Seite die Schwere körperlicher Erscheinungen zunimmt¹⁾, dann erscheinen bei ihnen die Motive nur teilweise verdrängt. Die Störung der funktionellen Syndrome ist vorübergehend und nicht an ein bestimmtes Krankheitsbild fixiert.

In dem schwach unbewußten Kampf von Motiven und in dem Wechsel der dazugehörigen, oft entgegengesetzten Bereitstellungen ist die Person in einer labilen, angestregten Verfassung, der durch die Angst vor dem krassen Hervortreten der Konflikte und die dadurch verhinderte Bewältigung noch Dauer verliehen wird.

Die Möglichkeit, viele in der Praxis auftretenden Fälle unter die drei herausgestellten Typen der leib-seelischen Krankheit zu subsumieren, rechtfertigen "die Ausgangs-Annahme", daß Störungen der emotionalen Integration eines Menschen in den sozialen Bereich bei entsprechender Intensität und Dauer nach Art einer Kettenreaktion auf tiefere Integrationsstufen übergreifen und dort zu inadäquaten Reaktionen und schließlich zur Krankheit führen können... . Wir haben damit ein Konzept, das eine Brücke zwischen sozialen Faktoren, dem Schicksal eines Patienten und dem Schicksal seiner erkrankten Organe schlagen kann und das die Vorstellung eines Integrationsraumes mit verschiedenen Integrationsstufen, die sich gegenseitig beeinflussen, zu stützen vermag."²⁾

2. Psychosomatik und die Besonderheit des zahnärztlichen Behandlungsgebietes

Die Grundgedanken der psychosomatischen Medizin, wie sie durch VON UEXKÜLL ausgesprochen werden, sollen den Hintergrund für die Untersuchung der Frage abgeben, welche Verbindung Psychosomatik und Zahnheilkunde aufzuweisen haben. Schon die geschichtliche Betrachtung hatte den Verdacht aufkommen lassen, daß das zahnärztliche Krankheitsgebiet in besonderem Maße psychosomatische Störungen aufzuweisen hat oder doch wenigstens leicht einer körperlich-seelischen Behandlung zugänglich ist. Wenn aber, wie H.MENG betont, der Anteil der neurotisch affizierten Kranken

1) UEXKÜLL, v.Th., a.a.O. S. 204

2) ebenda, S. 242

an der Gesamtzahl der in ärztliche Behandlung tretenden auf 50 % geschätzt wird¹⁾, dann spricht allein die Wahrscheinlichkeit dafür, daß auch der Zahnarzt mit der leib-seelischen Krankheit zur Genüge konfrontiert ist.

Indem der Charakteristika der zahnärztlichen Behandlung auf die Wirksamkeit hin geprüft werden, mit der sie die Aufdeckung bereits bestehender oder die Entstehung neuer psychosomatischer Störungen fördern, läßt sich der Bedeutungsumfang dieser Störungen für die zahnärztliche Praxis im Verhältnis zur dem in der allgemeinen ärztlichen Praxis abschätzen.

a) Die Ausdrucksfunktion des Gesichts

Den unmittelbaren Ansatzpunkt der zahnärztlichen Einflußnahme auf den Körper bilden die Zähne. Der Patient empfindet aber seine Zähne (nur bei sehr guter Adaption: seine Prothese) vornehmlich als einen integrierenden Bestandteil seines Mundes, seines Gesichts und seiner selbst und kann sie sich viel weniger losgelöst, als Objekt betrachtet, vorstellen als beispielsweise ein nie gesehenes, wenn auch als sehr lebensnotwendig erkranktes Organ. Deshalb ist es richtig zu betonen, daß der Zahnarzt normalerweise sein Leben lang im bedeutungsvollsten Teil des Menschen, im Munde, in der Bildungsstätte der Sprache und im Aufnahmeorgan aller lebensnotwendigen Energiemittel, dazu noch im Gesicht, also in der bevorzugten, höchstbeanspruchten und höchstbeachteten Ausdruckszone der menschlichen Innerlichkeit²⁾ arbeitet.- Der Zugang zu der Beurteilung der zahnärztlichen Tätigkeit 'am Patienten' ergibt sich also erst, wenn die genannte Bedeutung des Gesichts (des eigenen Gesichts oder des des anderen) für den Menschen berücksichtigt wird.

Das Gesicht ist das erste Ausdrucksorgan des Menschen. Es enthält die wichtigsten Wahrnehmungs- und die wichtigsten Verständigungsorgane. Der Ausdruck der Augen, die Mimik und die Sprache

1) MENG, HEINRICH: "Medizinische Psychologie und Psychohygiene in der zahnärztlichen Praxis", in MENG, H. (Hrsg.): Psychologie in der zahnärztlichen Praxis, Bern und Stuttgart 1952, S. 22

2) Vgl. HEINRICH, E.: "Vom Erfolg in der zahnärztlichen Praxis", München 1949, S. 68

sind Verständigungsmittel des Menschen, über die die geistige Entwicklung des einzelnen in der Gesellschaft erst möglich ist¹⁾. Das 'Ansehen' des Menschen ist die aus seiner gesellschaftlichen Integration erwachsende Hochschätzung durch seine Umwelt. Solange sich Menschen ansehen werden, um sich zu verstehen, solange sie in der mittelbaren Verständigung durch Ton und Schrift nur die räumliche und zeitliche Erweiterung der eigentlichen Verständigung von Angesicht zu Angesicht sehen, wird das Gesicht der bewußt oder unbewußt gebrauchte Ort des Ausdrucks für das Denken und Fühlen der ganzen Person sein.

Da das Gesicht für die Person steht, sind auch Teile aus ihm Symbole für Merkmale der ganzen Person. Die Zähne und mit ihnen das Mundfeld des Gesichts sind dies von jeher in ganz besonderem Maße gewesen.

"Deine Zähne sind wie eine Herde frischgeschorener Schafe,
Die von der Schwemme heraufsteigen,
Die allesamt Zwillinge haben,
und deren keines ohne Lämmer ist.²⁾"

Die Gründe dafür sind zum einen gewiß ästhetischer Natur. Die Schönheit des Gesichts wird durch zwei gleichmäßige Reihen weißer Zähne sehr gesteigert, und die Freude, die die Menschen dabei empfinden, ist nicht erst den Zahnpastaproduzenten aufgefallen. Zu der Freude über die Schönheit gesellt sich - verstärkend - die Einstellung, daß das Schöne und das Gute zusammengehören (vgl.: von Gott gesegnet), was die starke Berücksichtigung des Zahnschmuckes gelegentlich auch für die Beurteilung der Person erklärt. Andere Gründe, von den einen fast nie völlig zu trennen, liegen in der Wirkung der Zähne als Symbol für die Kraft. Kräftige, gesunde Zähne sind - vor allem in der frühen Menschheitsgeschichte - der sicherlich nicht so fehl deutende Anschein für den jungen, starken, abwehrbereiten Mann.³⁾

1) Vgl. MENG, HEINRICH: "Zur Psychologie der Parodontose," in: MENG, H. (Hrsg.) Psychologie..., a.a.O. S. 154

2) Vgl. das Hohelied Salomonis (4,2), zitiert nach: WILD, HEINRICH Psychologische Beobachtungen aus der zahnärztlichen Praxis, in: MENG, H. (Hrsg.) "Psychologie..., a.a.O. S. 50

3) Vgl. HEINRICH, E.: "Der Zahnarzt ..." a.a.O., S. 16, beachte auch die Redewendung: 'die Zähne zeigen'!

Aus der geschilderten Wertschätzung der Zähne läßt sich entnehmen, wie das Fehlen schöner gesunder Zähne oder die Existenz einer gesellschaftlich nicht akzeptierten Prothese auf den einzelnen Menschen wirken kann. Fehlen die Schönheit und die (offensichtliche oder scheinbare) Gesundheit der Zähne, oder ist der Mund sogar durch die Zähne entstellt, so kann die Beziehung dem betreffenden Menschen gegenüber gestört sein: Dieser greift mit seinem Aussehen das eigene Schönheitsempfinden an; vielleicht ist er sogar schwächlich oder (mit Recht?) gestraft? - Fehlt die Schönheit der Zähne, aber die Gesundheit oder die Stärke ist (offensichtlich oder scheinbar) vorhanden, so kann im Extremfall in dem Betrachter das Gefühl, angegriffen zu sein, entstehen. Eine bestimmte Kategorie von Filmen benutzt 'Werwolf'-Gestalten mit dem entsprechenden Aussehen und den entsprechenden Gebissen, um diese Drohung zu erzeugen.

Die nicht neutrale, wertende Einstellung gegenüber Zähnen, Mund und Gesicht - sie wird von H.WILD als 'oro-fazialer Komplex'¹⁾ bezeichnet - kann auch in aktive Handlungen gegen die Zähne anderer münden. Bekannt ist der alt-testamentarische Spruch 'Auge um Auge, Zahn um Zahn', in dem der Verlust des Zahns (kostbar wie ein Auge!) als Sühne für die Schuld aus der Versündigung an dem Aussehen des anderen hingestellt wird. (Ist der Herr an dem Knecht in der geschilderten Weise schuldig geworden, dann muß der Knecht freigelassen werden²⁾) Weniger Bestrafung als symbolhafte Zerstörung oder Kastrierung der Person sind die Zahnfeilungen bei vielen vergangenen und einigen heutigen Völkern. Sie sind in der Furcht der alten Generation vor den jungen, sie ablösenden Männern begründet und finden sich im Zusammenhang mit anderen herabwürdigenden Maßnahmen bei den Einführungsriten.³⁾

Auf die gleiche Furcht kann nach W. FREUND die wissenschaftlich

1) WILD, HEINRICH: "Psychologische Beobachtungen ...", a.a.O. S. 50.

2) Vgl. GEIST-JAKOBI, G.P., a.a.O., S. 14

3) Vgl. HEINRICH, E.: "Der Zahnarzt...", a.a.O., S. 14 ff.

Der Autor gibt eine ausführliche Darstellung und Begründung der Zahnfeilungen.

nicht zu rechtfertigende Skarifikation des Zahnfleisches bei der sogenannten 'dentitio difficilis' zurückgeführt werden.¹⁾ Der Autor belegt seine Meinung mit einer dreitausend Jahre alten indischen Beschwörungsformel, die das Unheil vermeiden helfen soll, daß die Kraft der Söhne und vielleicht deren Zähne, wobei das Erstarken durch die beiden wachsenden oberen Schneidezähne der Kinder symbolisiert wird, sich nicht gegen die eigenen Eltern richtet.

Die Bedeutung, die "die oro-fazial gerichtete Aggression" in der Absicht zu demütigen und in schärfster, sadistischer Form bis in die jüngste Vergangenheit hinein in unserem Kulturkreis hatte, und der starke Eindruck dieser Art von Quälereien und Verletzungen auch auf Außenstehende werden von WILD ausdrücklich betont.²⁾

Der Einfluß der eminenten Ausdrucksbedeutung von Zähnen und Mund auf die zahnärztliche Behandlungssituation liegt nun vor allem in einer sehr hohen Sensibilität sowohl des Patienten als auch des Arztes³⁾, der heilen soll. Dabei kann im allgemeinen davon ausgegangen werden, daß 1. die Empfindlichkeit des Patienten umso größer ist, je überzeugter er von seinem guten Aussehen bzw. dem seiner Zähne ist (Eitelkeit) oder je tiefer er die Erkenntnis verdrängen will, daß sein Aussehen bzw. das der Zähne seiner Meinung und der Meinung der sozialen Umwelt nach entstellt und häßlich ist, (Minderwertigkeitskomplexe) und 2. der Zahnarzt umso größere Hemmungen und Unsicherheitsgefühle bei der Behandlung spürt, je häßlicher entweder das Aussehen der zu behandelnden Mundregion des Patienten ist, oder nach der Behandlung wahrscheinlich sein wird.

Die Spannungen, die sich beim Auftreten oro-fazial wirkender Vorfälle auf beiden Seiten ergeben, können das für die Behandlung nötige Zusammenspiel Arzt - Patient erheblich stören. Diese Konflikte behalten aber eher ihre psychische Natur als daß sie psychosomatische Krankheitswirkungen aufweisen.

Im eigentlichen Sinne psychosomatische Störungen liegen dann vor und können die Arbeit des Zahnarztes sehr erheblich erschweren,

1) FREUND, W.: "Dentitio Difficilis" - "Aberglaube" und psychologischer Tatbestand - "Psychologisches zur Kinderzahnpraxis", in: MENG, H. (Hrsg.): "Psychologie in der zahnärztlichen Praxis", Bern und Stuttgart 1952, S. 141 f.

2) WILD, HEINRICH: "Psychologische Beobachtungen ... a.a.O. S.106 f

3) ebenda, S. 116

wenn ein Motiv, das nur aus der persönlichen Krankheitsgeschichte des Patienten heraus gewonnen werden kann, in der Weise verdrängt ist, daß es gewisse Ausdrucksfunktionen des Mundes blockiert. Die Handlungsbruchstücke können dabei als Unfähigkeit zu normaler Kaufähigkeit, als Zahnschmerzen der verschiedensten Art, als Erbrechen und Krämpfe und manchmal als Nicht-Adaption einer Prothese auftreten. Für die Ausdruckskrankheit ist der Schuld- oder Bestrafungskomplex charakteristisch. Er lenkt die Somatisierung des unerträglichen Motivs in eine Richtung, in der der Kranke sich selbst oder andere bestraft und so einen 'Krankheitsgewinn' erzielt. Der Zusammenhang vor allem zwischen Zahnverlust und Strafbefürnis wird heute als gesichert angesehen.¹⁾

Die Ausdrucksbedeutung des Gesichtes und der Symbolgehalt der Zähne stellt also den Zahnarzt grundsätzlich vor die Möglichkeit der Ausdruckskrankheit in diesem Bereich und der mit dieser verbundenen Bereitschaft zum Zahnopfer.

b) Die Bereitstellung des Patienten

Wo immer auch die Ursache der Zahnerkrankung zu suchen ist, stets ist sie "mit Unlustgefühlen verbunden, die den tatsächlichen Eindruck des Krankseins hervorrufen."²⁾ Diese Unlustgefühle sind gewöhnlich der Schmerz, der bei den Zähnen so extrem auftreten kann, daß das Wort 'Zahnschmerz' in unserem Sprachgebrauch für ein besonders gesteigertes und besonders unangenehmes Schmerzempfinden steht.

Je stärker aber der Schmerz ist, desto stärker wird das gesamte Nervensystem erschüttert, weshalb manchmal Ohnmacht und Kollaps auftreten. In ihnen desintegriert der Körper wegen übermächtiger körperlich oder seelisch begründeter Schmerzempfindungen.

Die wichtigste Auswirkung der Erschütterung durch den Schmerz ist die Bereitstellung, die sich der Körper gibt, um dem empfundenen Schmerz zu begegnen. Das Bereitstellungsmuster, das durch den Schmerz ausgelöst werden kann, ist eine Art Konzentration des Körpers auf den Schmerz und die Schmerzquelle, soweit sie durch das Empfinden identifiziert wird.

1) Vgl. MENG, HEINRICH: "Medizinische Psychologie ...", a.a.O. S.26 und PETERHANS, PAUL: Psychologische Probleme innerhalb der prothetischen Behandlung, in: MENG, H.(Hrsg.) a.a.O., S. 122
2) Vgl. HEINRICH, E.: "Vom Erfolg ...", a.a.O. S. 70

In dieser Konzentration werden viele Körperfunktionen als unwichtig erachtet und entsprechend verringert. Die adäquate Stimmung ist bei anhaltendem Schmerz die der Apathie, während kurzfristiges Aufbegehren möglich ist. In jedem Falle geht der Schmerz mit einer nervösen, schmerzkonzentrierten Gereiztheit einher, die dem Zahnarzt vor allem dann zu schaffen machen kann, wenn die angenommen - technische Behandlung des schmerzenden Objektes geduldige und akribische Arbeit erfordert. - Grundsätzlich kann ein seelisch bedingter Zahnschmerz über die Bereitstellung zu einer seelischen Bedeutung gelangen und durch die Art der erzeugten Stimmung noch verstärkt werden.

Nun ist nicht nur die Zahnkrankheit selbst, sondern oft genug ebenfalls ihre Behandlung mit Schmerzen oder zumindest Unannehmlichkeiten verbunden. Wenn auch die stärksten Schmerzempfindungen heute durch geeignete Narkotika und gute zahnärztliche Maschinerie ausgeschaltet werden können, so bleiben doch eine ganze Reihe von Unlustempfindungen, die nicht zu umgehen sind. Zu ihnen zählt vor allem der Schmerz, der nach der Behandlung auftritt.

Mit diesen Erscheinungen muß der Patient rechnen, wenn er sich entschließt, den Zahnarzt zu konsultieren. Die erkenntnismäßige Vorwegnahme der Schmerzen, die ihn erwarten, münden in eine seelische Erlebnisbereitschaft, in eine Stimmung, die allgemein als Angst bezeichnet wird. Es ist hier die Erwartungsangst, ein aus der Erfahrungswelt des Patienten gespeistes seelisches Gefaßt-Sein, das sich die entsprechende körperliche Bereitstellung schafft.

Die Angst ist von der durch den Schmerz verursachten Bereitstellung insofern verschieden, als die körperliche Spannung nicht introvertierter sondern häufig aggressiver Art ist. Die mobilisierten Abwehrkräfte richten sich gegen das, was künftige Schmerzen (oder künftige seelische Konflikte¹⁾) zufügen wird, im Grunde also gegen die Heilung (oder nur körperliche Behandlung) und den in ihr tätigen Arzt. Die Angst ist insofern ein Teil der Lebensangst²⁾, ein Teil der Angst vor der Feindseligkeit der ungewissen zukünftigen Ereignisse. - Je konkreter die Vorstellung des Patienten über den zu erwartenden Schmerz ist, desto eher kann er die Angst sublimieren, desto mehr wird sie zu einer Art Furcht oder zu einer unangenehmen Erwartung.

1) Vgl. das über den oro-fazialen Komplex Gesagte; oben, S. 26 f.

2) Vgl. HEINRICH, E., "Vom Erfolg...", a.a.O. S. 72

Das bisher über die Bereitstellung des Patienten Gesagte stellt durchaus das Normale dar, in dem die Arbeit des Zahnarztes zwar aus seelischen Gründen erschwert ist, das aber nicht als psychosomatischer Krankheitsfall anzusprechen ist.

Pathologische Fälle, die den Zahnarzt vor besondere Probleme stellen, sind Bereitstellungsbruchstücke, die sich aus der tiefen Verdrängung oder der mangelnden Existenz geeigneter Motive ergeben. - Die Angstneurose und verschiedene andere Formen der Aktualneurose gehören hierher. In ihnen hat sich eine Stimmung fixiert, deren adäquates Motiv, das die Spannung lösen könnte, dem Patienten fehlt, was die 'Blindheit' dieser Bereitstellungs-krankheiten erklärt.

Mit der Angstneurose ist jeder Arzt konfrontiert. Für den Zahnarzt bildet sie eine allgemeine psychosomatische Krankheitserscheinung, die ihn nicht typischerweise berührt. Anders ist es mit fixierten Bereitstellungen, die unmittelbar den Mundraum und die Zähne betreffen. Weil der Mund ein 'Organ' sowohl der Lust als auch der Unlust (man denke an die hohe Sinnesempfindlichkeit der Mundschleimhäute) ist¹⁾, können sich Bereitstellungen, deren Stimmungen wie bei der Nausea eine Abwendung von der Aktivität des Lebens oder Gleichmut- und Unmutempfindungen zum Inhalt haben, stark auf die gesundheitliche Beschaffenheit von Mund und Zähnen auswirken.

c) Der Konflikt Zahnarzt - Patient

Weder aus einem besonderen Bereitstellungsmuster noch unmittelbar aus der Ausdrucksfunktion des Gesichtes heraus ist die ebenfalls psychische, nur gelegentlich somatisierte Störung zu erklären, die sich aus der Empfindung des Patienten ergibt, ein Intimitätsbereich seiner Person werde durch die Behandlung seiner Zähne plötzlich aufgehoben bzw. nicht beachtet. Ist ein derartiges Intimitätsgefühl mit den Zähnen, besser mit dem Mund verbunden, und das 'Private' des Mundes als das persönliche Ausdrucksorgan - auch als die persönliche Lust- und Unlustquelle - wirkt zweifellos in diese Richtung, dann mag die Öffnung dem wohlmöglich fremden Zahnarzt gegenüber nicht immer leichtfallen.

1) Vgl. Ders., "Zur Psychologie...", a.a.O. S. 154

Äußere Notwendigkeit und innerer Widerwille bilden hier den seelischen Konflikt des Patienten, der zu einer Störung der Beziehung Zahnarzt - Patient wird.

Für eine solche Störung kommt es grundsätzlich nicht darauf an, worin der Widerwille des Patienten eigentlich liegt, wenn dieser nur eine genügend starke Hemmung der als notwendig erkannten Behandlung gegenüber darstellt. Die durch den oro-fazialen Komplex begründete und tief eingefleischte Furcht vor der möglichen Verunstaltung, auch wenn sie nur vorübergehender Art sein sollte, sowie die Hemmung des Zahnarztes durch das bereits entstellte Gesicht des Patienten hindern die für die Behandlung wünschenswerte Verständigung zwischen Zahnarzt und Patient gleichermaßen wie die Schmerzerwartungen des Patienten und seine daraus resultierende Angst, die oben auf ihre Bereitstellungswirkung untersucht worden ist.

Will man den bisher individuell, vom jeweiligen Subjekt und seinen Möglichkeiten aus betrachteten Konflikt zwischen Zahnarzt und Patient auf seine Häufigkeit und seine Dauerwirkung im Bewußtsein der Beteiligten hin untersuchen, dann empfiehlt sich eine soziologische Betrachtungsweise.

In ihr gilt es zu prüfen, mit welchen Erwartungen die gesellschaftliche Position 'Zahnarzt' ausgestattet ist. Wenn es gelänge, auch für die weit weniger gesellschaftlich fixierte Position 'Patient' den entsprechenden Katalog an Verhaltenserwartungen zusammenzustellen, dann ließen sich bereits über die Analyse der 'Rolle'¹⁾ (als einer quasi- objektiven soziologischen Kategorie) von Zahnarzt und Patient die Verhaltensformen herauskristallisieren, die die Gesellschaft für ein konfliktfreies Zusammenspiel beider Rollen bereithält. Es ließe sich auch angeben, mit welchen Strafen die Gesellschaft das nicht rollenkonforme Verhalten belegt, warum und wie weit also der Konflikt vermieden wird.

Die Suche nach den Merkmalen aber, die die Rolle des Zahnarztes und seines Patienten beschreiben und den normalen Verhaltensspielraum beider zueinander angeben sollen, wird - das kann gesagt werden, ohne die Analyse im einzelnen durchzuführen, wozu hier nicht der Ort ist - wenig erfolgreich sein.

1) Zu dem Rollenbegriff vgl. DAHRENDORF, R.,: Homo Sociologicus. 4. Aufl., Köln und Opladen 1964

Die sozialen Beziehungen des Zahnarztes zu dem Patienten sind auch heute noch ambivalent. Sofern überhaupt Gruppenerwartungen von der Seite der Patienten an jenen anknüpfen, sind diese Erwartungen häufig unangemessen oder sie erscheinen, auch wenn sie es nicht sind, ohnmächtig. Die Folge ist, daß der Patient dem Zahnarzt eine Fülle von Verhaltensweisen als möglich unterstellt. Eine Betrachtung der schönen Literatur, zum Beispiel, - diese kann sehr gut Vorstellungs- und Erwartungstypen über Generationen hinweg wachhalten - auf das sich in ihr spiegelnde Bild des Zahnarztes ergibt wenig Schilderungen, die "den Zahnarzt in der wirklichen Erfüllung seiner ärztlichen Aufgaben"¹⁾ darstellen.

Nun stimmen die Vorstellungen der anderen über das, was der einzelne ist und tut, selten mit der Vorstellung überein, die sich der einzelne von seinem eigenen Verhalten macht. Aber im Falle des Zahnarztes sind die Erwartungen teilweise so pessimistischer Natur, daß von einem typischen zulässigen Verhaltensspielraum gegenüber dem Patienten, den dieser in irgend-einer Weise wahren wollte und wahren könnte, nicht die Rede sein kann. Der Mangel der sozialen Integration, der sich im Grunde darin spiegelt, kulminiert in der rhetorischen Frage: Hat der Zahnarzt eine Seele?²⁾

Was die Gründe für die mangelnde soziale Integration sind, kann mit den oben genannten individuellen Einflußgrößen nur begrenzt erklärt werden, die kulturgeschichtliche Analyse muß hinzukommen.³⁾ Eine Festigung der Bezugsnormen, die das Verhalten zwischen Zahnarzt und seinem Patienten stabilisieren, kann sicherlich von der wachsenden Homogenität der zahnärztlichen Berufsausbildung und von einer erhöhten Information über die Tätigkeit des Zahnarztes, die mit alten Vorurteilen aufräumt, erwartet werden. Vor allem letzteres wäre in der Lage, das Gefühl des Patienten, ausgeliefert zu sein,⁴⁾ zu durchbrechen.

Derartige Feststellungen fallen jedoch aus einer soziologischen Analyse bereits heraus. Daß die mangelnde Integration des Zahnarztes bewußt ist und daß von ihrer Seite aus versucht wird,

1) Vgl. BUEROSE, K.E.: "An einem Zahn...", a.a.O. S. 903

2) Vgl. HEINRICH, E., "Vom Erfolg...", a.a.O. S. 61 f.

3) Ein aus der Kulturgeschichte abzulesener Grund für lockere soziale Beziehungen ist sicher das Vagabundieren zahnbehandelnder Personen gewesen; vgl. oben

4) Vgl. HEINRICH, E.,: "Vom Erfolg ...", a.a.O. S. 65

den weiten, alle 'bösen' Möglichkeiten des Verhaltens offenlassenden Spielraum durch sanktionierte Verhaltensnormen für beide Seiten einzuengen, beweist E. HEINRICH mit folgendem Appell im Anschluß an eine Untersuchung von Zahnarzt-Karikaturen, die das pessimistische Bild bestätigen.

"Der Spottzeichner sollte jedoch wissen, daß er durch bewußt übertriebene oder boshafte Schilderung des Zahnarztes oder seiner Arbeit den Patienten unnötig Sorge macht und daß er sich auch ins eigene Fleisch schneidet - nicht etwa, weil wir uns 'rächen' würden, sondern weil er selbst bei uns im Operationsstuhl bewußt oder unbewußt ein schlechtes Gewissen haben wird, das seine Angst nur verstärkt. Lächerlich machen, bewitzeln oder veräppeln ist für einen Spötter aus Veranlagung und Neigung sicher ein großes Vergnügen (Lustgewinn!); aber das bleibt, ... nicht immer ohne Folgen"¹⁾.

Soweit der Mangel an sozialer Integration des Zahnarztes besteht, ist damit zu rechnen, daß der Zahnarzt und der Patient mit einer Stimmung in die Behandlungssituation eintreten können, die eher Skepsis, Mißtrauen und Widerwillen als ein Gefühl zu gemeinsamer Aktion oder doch wenigstens Gleichmut zum Inhalt hat. Da auch die Angststimmung des Patienten abwehrend und manchmal aggressiv ist, kann sie sich leicht mit seiner Stimmung des Mißtrauens, die aus ganz anderen Quellen erwächst, verbinden und wegen des nun verstärkten Affektgehaltes eine verhältnismäßig heftige Bereitstellung des Körpers bewirken. Eine Reihe von entgegenstehenden sozialen Normen verhindert zwar regelmäßig, daß der Patient 'aus der Rolle fällt', aber die Grenze des Tragbaren ist häufig bereits genug, um dem Zahnarzt den Umgang mit dem betreffenden Patienten sehr unangenehm zu machen.

Von hier aus erscheint es, daß die durch den Schmerz, vor allem durch den anhaltenden Schmerz erzeugte Bereitstellung und Stimmung sich für beide Parteien vorteilhaft in die Behandlungssituation einordnen läßt. Es muß allerdings die Aussicht bestehen, daß der Zahnarzt den Schmerz verringern oder beseitigen kann. Dann wird der Zahnarzt einen willigen oder zumindest vor Schmerz nicht aggressiven Patienten vorfinden, der in dem Maße auflebt und dem Zahnarzt Vertrauen entgegenbringt, wie dieser das Befinden des Patienten zu verbessern versteht.

1) HEINRICH, E., "Der Zahnarzt...", a.a.O. S. 37

Die geschilderten Konflikte zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten haben neben ihrer Stellung als normale Störungselemente in der Behandlungssituation noch eine besondere Bedeutung für die Auswirkung oder die Entstehung von funktionellen Syndromen bei den Patienten, also für eine Form des leib-seelischen Krankseins. Für die funktionellen Syndrome war nach VON UEXKÜLL die Tatsache entscheidend, daß unerträgliche Motive unvollständig verdrängt sind und daß sich deshalb der Affektgehalt derselben, der nie völlig aufgezehrt wird, in einem schwankenden Ausmaß an wechselnde Objekte klammert. Diese Objekte verhelfen den geächteten Motiven kurzfristig zu der an sie gekoppelten Stimmung und erzwingen so die körperliche Bereitstellung.

Bei den in diesem Rahmen einzuordnenden Angsthysterien interessieren vor allem die Zahnarztphobien. Das, was herkömmlicherweise als "Projektionsmechanismus"¹⁾ bezeichnet wird, nämlich die Verknüpfung der Angst, die aus dem Motivkampf im Innern des Patienten resultiert, mit Personen oder Situationen setzt in den hier relevanten Angsthysterien der Zahnbehandlung an. Der Zahnarzt ist entweder das Surrogat (Imago) für das Objekt des verdrängten Motivs - hierher gehören die 'Vatersurrogate' neurotischer Kinder²⁾ und, ganz allgemein, die Übertragung ambivalenter Gefühlsbeziehungen zu Autoritätspersonen auf den Zahnarzt³⁾ - , oder das Motiv der ungelösten Stimmung bezieht sich unmittelbar auf ihn, sei es, daß Motivkonflikte aus der frühen Kindheit, die aus einer falschen Behandlung durch Zahnärzte oder und die gesellschaftliche Umgebung entstanden sind, aufgeladen werden (Zahnarztphobien), sei es, daß unmittelbar mit den Zähnen verbundene Erlebnisse, z.B. Beschädigungen oder schlecht überstandene Gefahren der Beschädigung, immer wieder lebendig werden. Zu den letzteren Ursachen gehört auch das "seelische Erleben des Zahnens", das sich als "seelisches Trauma" bei "Angstkindern" auswirken kann.⁴⁾

Bei dem "Beschädigungs- oder Kastrationskomplex"⁵⁾ wenn er im obigen Sinne als angsthysterische Erscheinung anzusprechen ist - läßt

1) Vgl. MENG, HEINRICH, "Medizinische Psychologie..." a.a.O. S. 21

2) ebenda, S. 21 und HEINRICH, E. "Vom Erfolg..." a.a.O. S. 95

3) Vgl. MENG, HEINRICH, "Medizinische Psychologie..." a.a.O. S. 46 f.

4) ebenda, S. 23

5) ebenda, S. 47

sich sehr leicht die Konfliktquelle des oro-fazialen Komplexes nachweisen, der neurotisch geworden, bei erneut wahrgenommener Gefahr für die Zähne oder das Aussehen aktuelle Bedeutung bekommt und in seinem Affektgehalt verstärkt wird. Die Art der hysterischen Übertragungsangst, für die nicht eine als oro-faziale Aggression empfundene Situation der Vergangenheit, sondern die zurückliegende gestörte Beziehung zu Autoritätsträgern entscheidend ist, kann insbesondere durch sehr "schmerzhaftes Behandlungsphasen", in denen der Patient sich "im Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins an den zahnärztlichen Therapeuten befindet, ausgelöst werden.¹⁾

Die funktionellen Syndrome stellen eine häufige leib-seelische Krankheit dar. Der oro-faziale Komplex sowie der Schmerz, die beide als charakteristisch für die zahnärztliche Behandlungssituation betrachtet werden müssen, können dabei die Ursache neuer oder vorhandener Angsthysterien und der Anlaß zu der Auswirkung der vorhandenen hysterischen Störungen sein. Es ist deshalb nicht verwunderlich, daß der Zahnarzt gerade der zuletzt geschilderten Art psychosomatischer Erkrankungen dauernd begegnet.

Es kann nach dem Gesagten als gesichert hingestellt werden, daß der Zahnarzt ohne ein waches Empfinden für psychosomatische Krankheiterscheinungen eine wirklich heilende Tätigkeit schwerlich ausüben kann. Er ist wie kein anderer Arzt, dessen engeres Behandlungsgebiet sich auf einen Teil des menschlichen Körpers erstreckt oder diesen, in allgemeiner Weise, ganz umfaßt, den Brüchen und den bruchempfindlichen Stellen in den höhergeordneten, seelischen Integrationsbereichen der Patientenperson gegenübergestellt.²⁾ Die Störungen, die sich daraus ergeben, sind selbstverständlich zu dem weit geringeren Teil pathologischer psychosomatischer Art.

Da aber der normale Konflikt von heute eine Ursache für den pathologischen Fall von morgen sein kann und damit ein größeres Problem für die zahnärztliche Behandlung aufzibt, muß das Verhalten des Zahnarztes von vornherein auf die Verhütung oder Verminderung der normalen Störungen (auch dies ist Heilung) gerichtet sein.

1) MENG, HEINRICH, "Medizinische Psychologie...", a.a.O. S. 47

2) Man beachte, daß ein Grund auch in der gelegentlich mangelnden sozialen Integration des Zahnarztes liegt.

III. Der konkrete Fall und seine Bewältigung

1. Mögliche Einteilungen praktischer Fälle

Für die Einteilung von konkreten Behandlungssituationen, in denen Störungen psychosomatischer Art auftreten, bietet sich eine Reihe von Möglichkeiten an.

Es erscheint sinnvoll, die bislang in dieser Untersuchung gebrauchte grobe Einteilung in pathologische psychosomatische Fälle und in normale Konfliktsituationen, die psychosomatische Erkrankungen aufdecken oder ihrer Entstehung Vorschub leisten können, beizubehalten. Für die pathologischen Fälle läßt sich die Einteilung VON UEXKÜLLS in Ausdruckskrankheiten, Bereitstellungskrankheiten und in funktionelle Syndrome benutzen. Bei ihnen geht der Patient mit einer fertigen leib-seelischen Störung in die Behandlung hinein.

In der normalen Konfliktsituation kann grundsätzlich jeder Patient und mit ihm oder - gelegentlich - allein jeder Zahnarzt stehen. Ausgehend von der im körperlichen Bereich liegenden Krankheit oder von ihrem Verdacht und der Behandlung durch den Zahnarzt entwickeln sich Einstellungen bei den beteiligten Personen, die im Widerstreit miteinander stehen. Es kann dabei ein Kampf von unvereinbarenden Motiven mit dem ihnen anhaftenden Affektgehalt im Patienten oder im Zahnarzt stattfinden, oder die Bereitstellung und das adäquate Motiv des einen stehen mit der des anderen im Widerspruch.

Obwohl diese Art Konflikt alltäglich ist und bei beliebigen Personen auftreten kann, gibt es Gruppen von Personen, die für ihn anfälliger als andere Menschen sind. Es besteht einmal eine gewisse neurotische Neigung, zum anderen gibt es Lebensumstände, in der sich der einzelne in einer natürlichen Anomalität in Bezug auf Empfindungen und Reaktionen befindet (z.B. in der Schwangerschaft). Beim Kind und beim alten Menschen liegen ebenfalls besondere Bedingungen vor, die beispielsweise die Hoffnung auf leichte gedankliche Bewältigung von Konflikten verringern.

Die eine Einteilung, die deshalb naheliegt, könnte sich auf Kategorien von Personen (nach dem Geschlecht, nach charakterlichen Eigenschaften, wirtschaftlicher Stellung, Beruf, sozialer Schichtung usw.) und auf Kategorien von Lebenssituationen

(wie das Alter, typische Erfahrungsbereiche jedes Menschen usw.) stützen. - Eine andere Einteilung besteht darin, an den eigentlichen Ursachen der Spannungen anzusetzen. Als typische Ursachen waren bereits der Schmerz, die Angst, das Intimitätsgefühl und vor allem der oro-faziale Komplex genannt worden. Diese Merkmale gelten für alle Patienten ohne Rücksicht auf Alter und sozialen Status. Sie verhalten sich zu den erstgenannten Einteilungskriterien wie die auslösenden Faktoren zu den verstärkenden. Die weiter unten vorgenommene - sehr elektische - Auswahl einiger Fälle des normalen Konflikts wird beide Systemgedanken beachten.

2. Zur zahnärztlichen Therapie psychosomatischer Erkrankungen

Im Grunde gibt es keine Therapie psychosomatischer Erkrankungen, die nur für die zahnärztliche Behandlung gilt. Dem steht nicht entgegen, daß der Zahnarzt, der der für sein Behandlungsgebiet typischen Möglichkeit dieser Erkrankungen besonders eingedenk ist und sich - entgegen jedem Argument, das auf die vordringliche Beschäftigung mit der sogenannten 'eigentlichen' Arbeit verweist - um die entsprechende innere Qualifikation bemüht; denn psychotherapeutische Fähigkeiten braucht der Zahnarzt gemeinhin nicht vorzuweisen.

Der Zahnarzt kann in zweierlei Weise mit der krankhaften psychosomatischen Erscheinung konfrontiert sein. Unmittelbar betroffen ist er, wenn die seelische Störung zu einer Zahnerkrankung oder zu einer Blockierung des (körperlichen) Behandlungsraumes geführt hat. Mittelbar dagegen berührt ihn die normale auf die nur körperlich bedingte Zahnerkrankung gerichtete Behandlung eines psychosomatisch (oder lediglich seelisch) Erkrankten. Diese ist häufig nicht ohne eine gewisse Therapie auch in Hinblick auf die (leib-) seelische Erkrankung zu bewältigen. Außerdem gebietet es die ärztliche Verantwortung dem Kranken gegenüber, daß der Zahnarzt sich nicht über diese Form des Krankseins hinwegsetzt, auch wenn es ihm gelänge. - Dies gilt um so mehr, wenn der - wohl äußerst seltene und nur der Vollständigkeit halber zu erwähnende - Fall gegeben sein sollte, daß ein Kranker, dessen Gestörtheit auf ein Erlebnis mit den Zähnen zurückzuführen ist, wegen einer normalen Zahnerkrankung behandelt wird.

Von elementarer Bedeutung ist es, daß der Zahnarzt die leib-seelische Erkrankung erkennt. Daß etwas 'nicht stimmt' mag er bald

fühlen, aber die wenigstens im groben richtige Diagnose einer psychosomatischen Erkrankung enthüllt sich erst bei einer beabsichtigten oder unbeabsichtigten Anamnese. Dazu verhelfen wiederum erst die länger andauernde Kenntnis und Behandlung des Patienten. Die besondere Wichtigkeit einer schnellen und relativ sicheren Diagnose, die die körperlich-seelische Erkrankung, die sich in den Zähnen äußert, zu berücksichtigen bzw. auszuschließen vermag, liegt in der Gefahr einer akasalen Therapie.

Das bedeutet einmal, daß eine mögliche Störung in den komplexen Integrationsstufen des Patienten als Bedingung der Zahnerkrankung ausgeschaltet werden muß; denn eine rein körperliche Behandlung der seelisch begründeten Zahnerkrankung kann nur ein Scheinerfolg sein: Die lediglich symptomatische Therapie mag dem Patienten vorübergehende Erleichterung bringen, aber die Möglichkeit der Symptomverlagerung ergibt häufig später ein neues Symptom¹⁾, das - vor allem bei der Spezialisiertheit und der mangelnden Verbindung der Ärzte untereinander - wiederum zu einer akasalen Therapie verführen kann. - Manchmal erkennt der Zahnarzt die seelische Bedingung der Störung, geht aber aus persönlichen Gründen auf eine symptomatische oder scheinsymptomatische Behandlung des wohlmöglich auf eine Operation drängenden Psychopathen (Strafbedürfnis!) ein. Über die wenig wissenschaftliche Art dieser Behandlung und über die Folgen (gelegentlich zivilrechtlicher Natur²⁾) sollten keine Zweifel bestehen.

Wie auf der einen Seite die mangelnde Beachtung der seelischen Krankheitsursache zu einer nicht gemäßen Therapie führen kann, so sollte aus einer anderen Gefahr heraus umgekehrt auch "niemals ein 'nervöser Faktor' angenommen werden, bevor nicht physiologische und mechanische Momente als Provokateure ausgeschaltet sind."³⁾ Nicht wieder gutzumachende Unterlassungen können die Folge sein.

Der zweite Grund, warum die kausale Diagnose unerlässlich ist, besteht in der Notwendigkeit, den Patienten einer fachgerechten Psychotherapie zuzuführen. Erst bei dem Facharzt sind die größten Chancen gegeben, daß in dem Patienten ein Bewältigungsprozess

1) Vgl. MENG, HEINRICH, "Medizinische Psychologie...", a.a.O.S.34 f.

2) ebenda, S. 41

3) ebenda, S. 41

eingeleitet wird, der schließlich zu einer erneuten durchgehenden Integration der Person führt. - Die Frage, inwieweit schon der Zahnarzt diese Bewältigung vorbereiten kann und inwieweit er Psychoanalyse betreiben soll, kann hier nicht beantwortet werden. Wahrscheinlich läßt sich keine generelle Antwort darauf geben. In Einzelfällen mag vielleicht der Zahnarzt an der Heilung der psychosomatischen Erkrankung wesentlich beteiligt sein. - Ein intuitives Erfassen und eine intuitiv richtige Behandlung, die aus einer allgemeinen Übung im Umgang mit Menschen und aus einem vertieften Verständnis menschlicher Verhaltensmöglichkeiten resultieren, sind hier dem Zahnarzt zu wünschen.¹⁾

Ein weiterer Grund, die seelische Ursache der Zahnerkrankung aufzuspüren, liegt in der Gefahr, daß eine unsachgemäße Behandlung die zugrundeliegende Störung weiter verschärft. Zum Beispiel kann die unmutige Behandlungsart des strapazierten Zahnarztes oder die zu starke Autoritätsbetonung eines sehr forschenden Kollegen, was beides zusammen mit dem Schmerz - im Normalfall vom Patienten verkraftet wird - die vorhandenen Verdrängungserscheinungen bei dem Kranken verstärken.

Damit wird bereits das normale Verhalten des Zahnarztes angesprochen, dessen Wirkung sowohl auf den leib-seelisch erkrankten als auch auf den an einer körperlich begründeten Zahnerkrankung leidenden Patienten deshalb beachtet werden muß, weil es sich häufig dem Bewußtsein des Arztes selbst so stark entzieht. Die positiven und negativen Auswirkungen des Verhaltens sind hier insofern von Bedeutung, als die Intensität der Konfliktsituation von ihnen abhängt und somit auch die Möglichkeit, daß leib-seelische Erscheinungen zutage treten oder entstehen, verringert oder verstärkt wird.

Aus den Verhaltensvoraussetzungen für die allgemeine Therapie des Zahnarztes werden in diesem Rahmen nur die wichtigsten herausgegriffen. Sie stehen alle unter dem Zeichen des notwendigsten Bestandteils der interpersonellen Beziehung Zahnarzt - Patient: das gegenseitige Vertrauen. Die Vertrauensbasis herzustellen, gelingt am ehesten dem Arzt, der selbst integre Persönlichkeit genug ist, um Vertrauen zu schenken und vertrauenswürdig zu sein.

1) Vgl. HEINRICH, E., "Vom Erfolg...", a.a.O., S. 75 f.

Es geht nicht so sehr darum, das autoritätshafte, bestimmte Auftreten¹⁾ oder "Selbstbewußtsein und geistige Überlegenheit auch über geistig hochstehende Patienten"²⁾ zu fordern. Zu leicht verführt dies zu dem Aufbau einer für die Behandlung als notwendig erachteten Haltung, ohne daß die inneren Voraussetzungen immer gegeben sind. Gerade aber ein solches Auseinanderfallen, ein solches Überspielen, das zu einem gewohnheitsmäßigen Requisit werden kann, widerspricht der zugrundeliegenden Forderung nach der vollintegrierten Persönlichkeit des Zahnarztes. Auf welcher Ebene sich die Integration befindet, erscheint für das Vertrauensverhältnis weniger wichtig als die Tatsache des Integriertseins selbst. Der suggestiven Kraft, der einige Bedeutung vor allem für die Behandlung des seelisch kranken Patienten beizumessen ist,³⁾ kann nicht das Primat vor dem unstrapazierten, gewöhnlichen menschlichen Kontakt eingeräumt werden. Dieser wird sich einstellen, wenn jede Seite der anderen Autorität gewährt anstatt sie für sich zu errichten.

Im einzelnen sind es drei Schritte, die gegangen werden müssen, damit latente Konfliktsituationen nicht entstehen bzw. dem bestehenden ihre Schärfe genommen wird. Sie geben dem Sozialkontakt einen Rahmen, in dem die Arbeit am Patienten ungestört vorstatten gehen kann und in dem der Heilprozess durch die innere Bereitschaft des Patienten unterstützt wird.

Der erste Schritt besteht darin, dem Patienten so aufrichtig, wie es geht, Glauben zu schenken.⁴⁾ Der Patient soll spüren, daß eine Übertragung seiner Vorstellungen und Eindrücke auf den Arzt möglich ist.⁵⁾ Diese Offenheit des Zahnarztes führt nicht zur Verstellung, weil der Patient in dem Maße, wie er erkennt, daß er grundsätzlich glaubwürdig ist und "für voll genommen wird", dem Zahnarzt durchaus dessen durch Erfahrung begründete Skepsis einräumt. Außerdem hindert diese Art des Vorgehens den Patienten oft

1) Vgl. PETERHANS, P.: Psychologische Probleme innerhalb der prothetischen Behandlung, in: MENG, H. (Hrsg.): Psychologie... a.a.O. S. 132.

2) Vgl. HEINRICH, E.: Das Ja und Nein, Zahnarzt zu werden, in: MENG, H. (Hrsg.): Psychologie..., a.a.O. S. 167

3) Vgl. PETERHANS, Paul: "Psychologische Probleme...", a.a.O. S. 133 und HEINRICH, E.: "Das Ja und Nein...", a.a.O. S. 167

4) Vgl. PETERHANS, P.: "Psychologische Probleme..." a.a.O. S. 133 und HEINRICH, E.: "Vom Erfolg...", a.a.O. S. 97

5) Vgl. PETERHANS, P.: "Psychologische Probleme...", a.a.O. S. 132

darán, seine gewonnene Glaubwürdigkeit durch zweifelhafte Aussagen leichtfertig zu verspielen.

Weiter gilt es, das Kausalitätsbedürfnis¹⁾ des Patienten zu befriedigen. Befriedigen heißt dabei nicht: abspeisen. Es ist ein Mißverständnis anzunehmen, in den teilweise kindlichen, von keiner Sachkenntnis berührten oder einige Halbwahrheiten verwirrend kombinierenden Erklärungsversuchen des Patienten würden sich rudimentäre urzeitliche Vorstellungskomplexe²⁾ äußern. Die Alternative zum Kausalitätsbedürfnis ist Gleichgültigkeit. Solange das Vertrauen zum Zahnarzt noch nicht besteht, ist der Wunsch des Patienten nach Erklärung so normal, so legitim und so zeitgemäß wie der des behandelnden Arztes. Daß die Erklärungsversuche durch mangelnde Kenntnisse, durch Angst und durch falsche oder vorenthaltene Aufklärung zu unbrauchbaren - und manchmal beleidigenden - Ergebnissen führen können, ist nicht unbedingt dem einzelnen Patienten zuzurechnen.

Die Geduld des Zahnarztes wird sicherlich stark beansprucht, wenn er die falschen Erklärungsversuche, die bei dem neurotisch affizierten Patienten einen guten Aufschluß über die vorhandenen Komplexe geben, nicht mit einer barschen Bemerkung abschneidet, sondern allmählich durch ein besseres Verständnis der Krankheit zu ersetzen versucht. Aber abgesehen von ihrer Richtigkeit in therapeutischer Sicht macht sich diese Behandlung oft auch bezahlt.

Ein unmittelbarer Ausfluß des Vorgehens, das den Kausalitätswunsch des Patienten beachtet, ist das strikte Verbot jeder Überumpelung. Schmerzen überraschend zuzufügen, um sie zu mildern oder dem Patienten keine Zeit zu lassen, eine unangenehme Reaktion zu zeigen, ist ein grundlegend verfehltes therapeutisches Verfahren. Es zerstört die mögliche Bildung des Vertrauens.³⁾ Das trifft auf jeden Fall für die Kinder zu,⁴⁾ bei denen es

1) Vgl. HEINRICH, E.: "Vom Erfolg...", a.a.O. S. 70

2) ebenda, S. 70

3) ebenda, S. 97

4) Vgl. FREUND, W.: "Dentitio difficilis"..., a.a.O. S. 144 und MENZEL, K.: "Kinderpsychologische Betrachtungen zur zahnärztlichen Sprechstunde," in: Zahnärztliche Mitteilungen, Nr. 21/1964, S. 1001 - 1004 u. Nr. 22/1964, S. 1061-1063, K. MENZEL gelangt über eine systematische Untersuchung von Schulaufsätzen jüngerer Kinder über die Zahnbehandlung zu aufschlußreichen Ergebnissen. Vgl. auch die kurze und treffende Darstellung bei: MÜNCH, J., "Die zahnärztliche Behandlung des Kindes, 2. Auflage, Leipzig 1952, S. 109 f.

bekanntlich sehr schwierig ist, das Vertrauensverhältnis zu errichten. Es ist überdies regelrecht irrational, gerade bei den häufigen Patienten von morgen mit einer Überrumpelung zu beginnen.

Der aktivste Teil des Prozesses, der das Vertrauen herstellen soll, ist für den Zahnarzt der Versuch, eine ihm und dem Patienten gemeinsame Motivation aufzubauen. Die höhergeordneten Motive mögen noch so verschieden sein, (z.B. das Geschäft des Zahnarztes - das Aussehen des Patienten) an den Objekten der durchzuführenden Handlung entstehen die gemeinsamen Motive. Diese Objekte sind die Zähne des Patienten und das Instrumentarium des Zahnarztes. Hier treffen sich die Interessen der Parteien unmittelbar. Von den Objekten ausgehend läßt sich der komplexe Vorgang der Zahnbehandlung in einzelne Akte zerlegen, die vom Patienten und vom Zahnarzt gleichermaßen gewollt sind. Die streng sachbezogene Motivation läßt sich dann weiter ausbauen, bis sich gelegentlich das Loyalitätsempfinden auf beiden Seiten einstellt, in dem die gegenseitige Glaubwürdigkeit und der Wunsch nach Erklärung dauerhaft erfüllt sind. Der Versuch, diese 'selbstverständliche' Beziehung, das Vertrauen herzustellen, muß das ständig beachtete Nebenziel des Zahnarztes sein, wenn dieser der immer vorhandenen Konfliktmöglichkeit wirksam begegnen will.

3. Der normale Konflikt Zahnarzt - Patient in der Behandlungssituation

Da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, die zahlreichen Fälle der normalen Konfliktsituation systematisch darzustellen und sie auf die geeignete zahnärztliche Arbeitsweise zu untersuchen, werden im folgenden nur drei Fälle, die eine gewisse Repräsentanz besitzen, in mehr oder weniger symptomatischer Schilderung dargelegt. Ein Interesse, das über die lückenhafte Aussage an dieser Stelle hinausgeht, muß auf die einschlägige Literatur verwiesen werden.

Bei allen drei Fällen handelt es sich um die Behandlungsursache der Karies. Diese Voraussetzung soll den Charakter der Fälle als 'normal' unterstreichen.

a) Fall A

Der Patient ist ein Mann vorgeschrittenen mittleren Alters. Sein stark mit Karies befallenes Gebiß ist als Ganzes gefährdet und

bereitet dem Patienten dauernde Schmerzen. Zahlreiche Kronen und Brücken scheinen das Ergebnis einer ausgedehnten vorangegangenen Behandlungsserie zu sein.

Die kurze Anamnese ergibt, daß die Kompromisse im Mund des Patienten die Frucht einer Reihe von Behandlungen bei verschiedenen Zahnärzten ist (der Patient weiß genau über einzelne Zahnärzte zu berichten). Der Wechsel des Zahnarztes scheint immer dann erfolgt zu sein, wenn der Patient spürte, daß ein Zahn extrahiert werden sollte. Die finanzielle Belastung durch die teuren Kronen und Brücken spielt anscheinend eine untergeordnete Rolle. Der Patient ist außerdem ein Meister darin, seine Schmerzen geduldig zu ertragen. Der weitere Umstand, daß der Patient Lehrer (Latein, Musik) an einem Gymnasium ist, deutet mit den anderen Erscheinungen in die Richtung eines ausgeprägten oro-fazialen Komplexes bei dem Patienten.

Die weitere Behandlung bestätigt den Verdacht. Als sich starke Entzündungen im Bereiche der oberen Molaren in der Schwellung der einen Gesichtshälfte äußern, steigert sich die Verwirrung des Patienten ("Kann ich so vor meine Klasse treten?"). Seine falsche häusliche Behandlung der Entzündung (Wärme) verstärkt den Effekt. Obwohl ihm versichert wird, daß die Schwellung bei entsprechender Kühlung und Behandlung durch Antibiotica bald zurückgehen werde, bleibt der Patient ratlos. Die vorgeschlagene sinnvolle Therapie, die betreffenden Molaren zu extrahieren, stößt auf den größten Widerstand: Der Patient will sich grundsätzlich (!) keinen Zahn ziehen lassen.

Die Zeit reicht nicht für ein ausführliches Überzeugungsvorhaben. Der Komplex ist zu eingefleischt. Deshalb muß zu der Hilfestellung bei der Bewältigung des Komplexes noch ein schneller wirkendes Mittel eingesetzt werden. Der Patient wird veranlaßt, das kleinere Übel zu wählen: Es kann nicht dafür garantiert werden, daß die Schwellung endgültig zurückgeht. Wenn die halbherzige Behandlungsweise weiter fortgeführt wird; hat die Schwellung wohlmöglich noch schlimmere Folgen für das Aussehen, dann nämlich, wenn sie das Auge der betreffenden Gesichtshälfte zudrückt.

Der Patient erhält einen Modellgußersatz, den er mit fortschreitender Dämpfung seiner Empfindlichkeit verhältnismäßig gut adaptiert.

b) Fall B

Im folgenden wird der Typ des Falles beschrieben, in dem sich der bohrende Zahnschmerz, der den betreffenden Menschen zu dem Ort der möglichen Heilung drängt, und die Erwartungsangst, die ihn daran hindert, den Zahnarzt aufzusuchen, gegenseitig so lange kompensieren, bis der Schmerz für den Kranken übermächtig wird.

In der Regel findet diese Art Patient seinen Weg zum Zahnarzt nur außerhalb der Sprechstunde (abends, nachts, sonntags). Der Grund dafür ist, daß in den Zeiten der Muße und der Entspannung der Schmerz besonders störend in Erscheinung tritt. Das langanhaltende Gleichgewicht zwischen dem Wunsch und der Hemmung, zum Zahnarzt zu gehen, wird aufgehoben, wenn der Patient so zermürbt und der Schmerz so stark ist, daß die Erwartung des Schmerzes, der bei der Behandlung auftritt, dagegen verblaßt. - "Es kann nicht schlimmer werden!"

Entsprechend ist die Infektion vom therapeutischen Standpunkt aus zu weit fortgeschritten. Eine sofortige fachgerechte Behandlung erscheint unmöglich. Gerade darauf, behandelt zu werden, drängt aber der Patient, der sich häufig durch den Schmerz oder durch die Einnahme schmerzbetäubender Mittel in einem tranceähnlichen Zustand befindet. Er möchte nämlich die vorhandene Situation des höchsten Schmerzes mit dem Höhepunkt der schmerzhaften Behandlung in einem überstehen und bittet deshalb gerne den Zahnarzt, die z.B. nötige Extraktion sofort vorzunehmen.

Wenn der Zahnarzt in diesem Punkte nicht fest bleibt und nicht versucht, den Patienten durch beruhigendes und aufklärendes Zureden von seinem Wunsche abzubringen, dann muß mit Komplikationen körperlicher und seelischer Art gerechnet werden. Der wirkungslosen Anästhesie folgt eine mißlungene Extraktion (wohlmöglich bricht der Zahn ab). Dies ist die Situation, in der Ohnmachten, Kollapse und weinende Männer nicht selten sind, - ein trefflicher Ausgangspunkt für Zahnarztphobien.

Es mag dem Zahnarzt nicht leichtfallen, der geschilderten Gefahr zu widerstehen und außerdem noch - obwohl selbst regelrecht belästigt - Gesten zu finden, die das aufgewühlte Gemüt des Patienten glätten und ihm genug Vertrauen einflößen können, daß er - positiv bereitgestellt - die verschobene eigentliche Behandlung gut übersteht.

c) Fall C

In einem leider nicht seltenen Falle lernen die Kinder bereits bei ihrem ersten Zahnarztbesuch, zu dem sie von ihrer Mutter gebracht werden, Erwartungsangst und Mißtrauen durch das Verhalten gerade der Mutter. Von dem Erwartungsmuster, das dem Kind schon vor seinem ersten Kontakt mit dem Zahnarzt anezogen wurde und in dem sich die Rolle des Zahnarztes oft in verzerrter Form als eine unumgängliche strafende Institution findet, soll dabei abgesehen werden.

Die Einführung des Kindes in die zahnärztliche Behandlungssituation geschieht im wesentlichen bei zwei Anlässen. Einmal hat das Kind einen Schaden an den Zähnen, oder die Mutter will das Kind frühzeitig vor etwaigen Schäden und der entsprechenden schmerzhaften Behandlung durch eine frühe Untersuchung schützen, das andere Mal will die Mutter sich selbst behandeln lassen und das Kind dabei mit dem Rahmen der zahnärztlichen Sprechstunde vertraut machen.

In beiden Fällen ist es das Verhalten der Mutter, von dem das Kind sein eigenes Verhalten ableitet. Sitzt das Kind auf dem Behandlungsstuhl, dann sind zwei Verhaltensweisen der Mütter typisch:

(1) Die Mutter versetzt sich aufgrund ihrer engen Verbindung mit dem Kind derartig in die Situation hinein, daß sie die Schmerzen, die dem Kind während der Behandlung zugefügt werden, antizipiert und sich mit dem Kind identifizierend selbst erlebt. Die Äußerung dieser vorwegnehmenden Übertragung veranlaßt das Kind zu ähnlichen Äußerungen, d.h. die Reaktion auf den gefühlten Schmerz wird von der Mutter gelernt. So ist der Zahnarzt nicht in der Lage, die Schmerzäußerungen des Kindes zu lenken, was sehr negativ zu beurteilen ist, da die Mutter häufig (auch aus Prestigegründen) mehr zum Ausdruck bringt, als vorhanden sein kann.

(2) Die Mutter versucht, die mögliche Reaktion des Kindes auf das Schmerzempfinden dadurch abzuschwächen, daß sie die Empfindung zu bagatellisieren trachtet ("...tut doch nicht weh!"); Anstatt das Kind zu lehren, die ihm geglaubten Schmerzen zu beherrschen. Die gegenteilige Ansicht des Kindes und vielleicht die Kenntnis von der Schmerzempfindlichkeit seiner Mutter selbst führen dem Kind (meist unbewußt) eine gewisse Verlogenheit der Mutter vor Augen, was auch der Glaubwürdigkeit des Zahnarztes Abbruch tut.

Ist es die Mutter, die behandelt wird, so besteht ihr Fehler in einer Unterschätzung der eigenen Schmerzempfindlichkeit oder in der Überschätzung der Fähigkeit, sich zu beherrschen. Etwas seltener liegt der Fehler vor, das Kind als Schützenhilfe zu mißbrauchen. Hier glaubt die Mutter, die Anwesenheit des Kindes würde sie daran hindern, zu starke Äußerungen auf den Schmerz zu zeigen, würde also ihr tapferes Verhalten erzwingen.- Oft aber ist das Kind im Augenblick des Schmerzes vergessen, weil dieser eine derartig konzentrierte Stimmung hervorruft. Das Kind sieht seine Mutter leiden, es bekommt Angst und kann die Diskrepanz zwischen der Zuversicht der Mutter vor der Behandlung und ihrer jetzigen Haltungslosigkeit nur durch die Heimtücke des Zahnarztes erklären.

Die Mutter - Kind - Behandlung (gleich wer auf dem Stuhl sitzt) bringt immer die Gefahr mit sich, daß eine sich dessen nicht bewußte Mutter das Kind Erwartungen und Verhaltensweisen lehrt, die sich auf jede spätere Behandlung der jungen Person störend auswirken kann. Deshalb soll das Kind (bzw. die Mutter) grundsätzlich allein behandelt werden. Nur in Ausnahmefällen und auch dann nicht ohne eine gute Einweisung der Mutter ist das Gegenteil vertretbar. - Das gelegentlich große Mißtrauen des Kindes gegenüber dem Zahnarzt ist keineswegs der Situation immanent, sondern zu einem guten Teil das Ergebnis eines entsprechenden Lernvorganges.

4. Der leib-seelisch Kranke in der zahnärztlichen Behandlungssituation

Von den pathologischen Störungen leib-seelischer Art werden hier nur solche exemplarisch betrachtet, deren körperliche Krankheits-symptome für den Zahnarzt relevant sind. Das ist immer dann gegeben, wenn die körperliche Erscheinung der seelisch bedingten Krankheit zu dem zahnärztlichen Behandlungsgebiet gehört oder dieses berührt oder wenn die Tatsache der Behandlung durch einen Zahnarzt die leib-seelische Störung wirksam werden läßt, weil eine Verbindung zwischen Behandlungssituation und leib-seelischer Störung besteht. Die letztere Art, die in sehr verschiedenen Formen auftreten kann, ist allerdings häufig schon zu den allgemeinen Fällen der Behandlung rein körperlicher Zahnkrankheiten seelisch gestörter Personen zu rechnen, ein Problemkreis, der in diese Arbeit nicht einbezogen wurde.

Die typisch zahnärztlich bedeutsame leib-seelische Krankheit ist weit seltener als die oben geschilderte normale Konfliktsituation. Zudem hat die mangelnde Beachtung dieser Störungen, die die Krankheitsbetrachtung eines nur naturwissenschaftlich orientierten Zahnarztes überbeanspruchen, die wissenschaftliche Beschäftigung mit ihnen und ihre Sammlung teilweise gehindert.

Entscheidend für die Sonderstellung des Problems ist auch, daß leib-seelische Störungen, wenn sie einen bestimmten Grad an Verfestigung erfahren haben, nicht oder nicht nur durch die Therapie des Zahnarztes zu beheben sind, es sei denn, der betreffende Arzt hat sein Behandlungsgebiet zur Psychotherapie hin erweitert.

Die im folgenden vorgelegten Fälle, deren Einteilung dem grundlegenden Schema VON UEXKÜLLS folgt und die mit Hilfe seiner Begriffe verstanden werden sollen, lassen aus den genannten Gründen heraus Repräsentanz und unmittelbar überzeugende Deutlichkeit in gewissem Maße vermissen. Für einen Überblick erscheinen sie jedoch ausreichend.

a) Fall D, Fall E (Ausdruckskrankheit)

Als Beispiele für die Ausdruckskrankheit werden zwei Fälle angeführt, von denen der eine wegen seiner Klarheit das Verständnis des zweiten erleichtert. Beide beinhalten den gleichen Motivbereich, wobei die am Konflikt beteiligten Motive allerdings eine genau entgegengesetzte Richtung aufweisen.

Fall D:

Bei H. MENG findet sich folgender Fall einer 'Konversionshysterie', der von H. NUNBERG übernommen wurde:

"NUNBERG berichtet von einer Patientin, welche nach einer sexuellen Attacke durch einen ihr nicht sympathischen Mann an nervösem Erbrechen erkrankte. Sie hatte die bei der Abwehr des Mannes - ohne klares Ja oder Nein zum Sexus - in ihr aufsteigenden sexuellen Wünsche verdrängt.

Der aufsteigende genitale Wunsch wurde somatisiert, und zwar in der Mund- und Schlundregion (Verlegung nach oben). Das 'neurotische' Erbrechen war der konvertierte, aber unbewußt gewünschte Kohabitationsakt.

Der Konflikt zwischen dem Kohabitationswunsch und dem Ich, respektive Über-Ich (unbewußtes Gewissen) der Patientin war in ein

funktionales, organisch imponierendes Symptom, das ('psychogene') Erbrechen konvertiert."¹⁾

Dieser deutliche und überschaubare Fall - zwar sehr am Rande des zahnärztlichen Behandlungsgebietes gelegen - enthält den Konflikt zwischen den beiden Motiven der Abwehr des zudringlichen Mannes und des Verlangens nach dem Mann (besser: nach einem Mann, was die Patientin vielleicht nicht klar erkennt). Das letztgenannte Motiv mit seinem wohlmöglich starken Affektgehalt wird von der individuellen Kontrollinstanz (Gewissen) oder - falls letztere kein Gewicht haben sollte und je nach den Umständen der 'Attacke' - nur gesellschaftlichen Kontrollinstanz nicht akzeptiert und ist damit für eine integrierte Person unerträglich.

Weil keine Einordnung möglich erscheint,²⁾ wird das geächtete Motiv verdrängt. Dies führt zu der Krankheit als der Abspaltung eines körperlichen von einem seelischen Teil des Handlungsgefüges: Das Handlungsbruchstück des nervösen Erbrechens entsteht. Die notdürftige Wiederherstellung der Einheit in den komplexeren Stufen des Seelischen wird mit einem Krankheitssymptom auf der Ebene weniger komplexerer Zusammenhänge erkaufte. Die Dynamik des verdrängten Motivs erschöpft sich in dem widersinnigen Schluckakt.

Fall E

H. MENG hat ebenfalls das folgende Beispiel, eine Erscheinung 'psychogener Zahnschmerzen', die M. LICHTNER beobachtet hat, übernommen.³⁾ Der Fall ist deshalb sehr aufschlußreich, weil er, wie häufig in der Wirklichkeit, keinem reinen Typus der psychosomatischen Störungen angehört, sondern teilweise schon zu jenen Mischformen zwischen den Ausdrucks- und den Bereitstellungs-krankheiten gezählt werden kann, die als funktionelle Syndrome bezeichnet worden sind.

"Eine 38-jährige Frau hatte drei schwere Geburten in kurzen Zeitabständen hinter sich und vier Jahre vor der Zahnbehandlung, sechs Wochen nach einer Entbindung, über Herzbeschwerden geklagt,

1) MENG, H.: "Medizinische Psychologie...", a.a.O. S. 20

2) Die Frage; wann eine Verdrängung des unerträglichen Motivs und wann eine Bewältigung des Konfliktes stattfindet, kann nur aus einer eingehenden Kenntnis der Persönlichkeit des Patienten beantwortet werden.

3) MENG, HEINRICH: "Medizinische Psychologie...", a.a.O. S. 25

welche zu der klinischen Diagnose 'Angina pectoris' geführt hatten. Ein Spezialist äußerte den Verdacht auf Fokalinfection. Die Patientin hatte ihn darauf aufmerksam gemacht, daß sie fest überzeugt sei, 'alles komme von den Zähnen'. Die drei oberen Molaren, an denen die übliche Röntgenaufnahme Granulome zeigte, wurden ohne jede weitere klinische Prüfung extrahiert. Nach wenigen Tagen war die Patientin 'geheilt' und fühlte keine Beschwerden mehr von Seiten ihres Herzens. Seither fühlte sie sich im allgemeinen gesund, war nur 'sehr nervös' litt unter Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und Frigidität. Drei Monate, bevor die Patientin in die Behandlung LICHTNERS kam, traten erneut Herzbeschwerden auf, Anfälle von Atemnot. Der Puls betrug bei der Untersuchung 120 Schläge pro Minute. Der Blutdruck war normal, ebenso war kein objektiver Befund am Herzen zu erheben. EKG negativ. Patientin wurde an LICHTNER überwiesen, weil man sich von einer neuerlichen Zahnextraktion einen Erfolg versprach, da die Patientin auf die Extraktion drängte.

Die von L. erhobene eingehende Anamnese ergab Eheschwierigkeiten. Seit dem ersten Verkehr bestand bei der Patientin eine völlige Frigidität. Die genaue von L. durchgeführte zahnärztliche Untersuchung einschließlich Röntgen ergab keinerlei Anhaltspunkte für einen Streuherd. Nach längeren wiederholten Aussprachen verschwanden die Herzbeschwerden, 'auch von einer Fokalinfection will die Patientin nichts mehr wissen'.¹⁾

M. LICHTNER, dem also eine den Bedingungen der Zahnbeschwerden entsprechende Therapie gelungen ist, gibt folgende Erklärung:

"Eine sexuelle Störung liegt vor; wie kann man sich am besten dem unerwünschten und unerfreulichen Koitus entziehen? Indem man herzkrank wird. Eine Angina pectoris ist wohl die denkbar beste Kontraindikation gegen Koitus. Aber es resultiert unweigerlich das Schuldgefühl. Unbewußt 'weiß' die Patientin, daß sie 'simuliert'. Die Liebe zum Manne besteht. Sie ist nur gestört durch Unfähigkeit von seiten des Mannes. Aus dem Schuldgefühl resultiert das Strafbedürfnis. Wieder geht das Unbewußte den Weg des geringsten Widerstandes. Die Extraktion der Zähne gilt immer noch als schmerzhafter, zumindest sehr unangenehmer Eingriff. Die Zähne aber haben

1) MENG, HEINRICH: "Medizinische Psychologie...", a.a.O. S. 25 f

auch hohen symbolischen Wert. Der Zahnziehtraum aus FREUDs Traumlehre gibt Aufschluß. Die Zähne werden also geopfert und zugleich eine Ersatzhandlung gesetzt."¹⁾

Die Schilderung der Symptome und der Ergebnisse der Anamnese ermöglicht grundsätzlich zwei Deutungen:

1. Es besteht ein Motivkonflikt bei der Frau. Die entgegenstehenden, mit dem entsprechenden Affektgehalt ausgestatteten Motive sind die für den Mann nicht erkennbar gezeigte Abneigung der frigiden Patientin gegen den Koitus mit ihrem Mann und das Motiv der Aufrichtigkeit ihm gegenüber, das aus der vorhandenen Zuneigung entspringt. Dieser intrapersonelle Konflikt ist der Ersatz oder die Vorstufe der möglichen, sicherlich gefürchteten interpersonellen Auseinandersetzung.
2. Es besteht kein eigentlicher Motivkonflikt, sondern nur eine starke Stimmung der Unlust in Bezug auf den Koitus. Da sich ein gegen den Beischlaf und deshalb wahrscheinlich gegen den Ehemann gerichtetes Motiv aus bestimmten Einstellungen heraus nicht voll entwickeln kann, bleibt nur der wiederholte Leerlauf der nicht kanalisierbaren und entladbaren Stimmung des Angewidertseins, die eine Bereitstellung für aggressive oder auch erduldennde Handlungen sein kann.

Die Unterscheidung ist für die Herzschmerzen bedeutsam. In der zuletzt genannten Möglichkeit erscheinen sie als 'Organneurose', als Folge einer nicht auflösbaren dauernd strapazierenden Stimmung der Abneigung oder sogar des Hasses, wobei diese beiden Gefühle blind sind. Die Zahnschmerzen können dann ebenfalls als Folge der ungebrauchten Bereitstellung und die gewünschte Extraktion der Zähne als Verschiebung des Affekts auf ein inadäquates Motiv (die Zähne als Sündenbock des seelischen Leidens) verstanden werden. Hierzu bedürfte es nicht einmal der Zahnschmerzen. Mit Hilfe der Herzschmerzen und gegebenenfalls der Zahnschmerzen kann schließlich auch ein sekundärer Krankheitsgewinn (FREUD) erzielt werden.

Da aber ein großer Teil der Symptome und vor allem die Erklärung LICHTNERS auf das voll ausgebildete Motiv der konkreten Abneigung und so auf den Konflikt schließen lassen, können die Herzbeschwerden auch erstens als Folge der körperlichen Ausdrucksdeu-

1) MENG, HEINRICH: "Medizinische Psychologie...", a.a.O. S. 26

tung aufgefaßt werden. Sie sind dann das Handlungsbruchstück, das aus der Verdrängung des Motivs der Abneigung, mit dem sich das Ich nicht identifizieren kann (denn die Liebe zum Mann soll ja bestehen) resultiert. Die körperliche Störung hat als positive Nebenwirkung die 'Kontraindikation gegen Koitus'.

Auch wenn die Ausdrucksfunktion der Herzstörung (auf diese läßt nur die dauernde Behandlung und Verkündigung der 'Herzschmerzen' durch die Patientin schließen) nicht vorliegt, können die Beschwerden zweitens keine solchen, sondern eine zweckbestimmte Täuschung des Mannes sein. Die Tatsache der Täuschung, - von dieser Interpretation soll hier ausgegangen werden - muß wie das verwurzelte Abneigungsgefühl in starkem Maße unerträglich wirken. Die Verdrängung führt jetzt zu den Zahnschmerzen als dem der mangelnden Integration der Motive entsprechenden Handlungsbruchstück. In der sich durch das Wissen um eine mögliche Fokalinfection bietenden Gelegenheit zur Extraktion zeigt sich auch die Möglichkeit, das Handlungsgefüge weiter zu zerbrechen. - Die plötzliche Heilung (seelisches Gleichgewicht) macht deutlich, daß die Konversion durch die Extraktion vollständig ist; die Dynamik des verdrängten Motivs erscheint aufgezehrt. Daß der Erfolg der Verdrängung nicht bestehen bleibt, daß sich vielmehr wieder die Symptome der Unluststimmung (Nervosität, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit) und andere oder ursprüngliche Handlungsbruchstücke (Herzbeschwerden, Atemnot) des geächteten Motivs der Abneigung bilden, zeugt von dem nur vorübergehenden Erfolg der Konversion. Der Grund dafür liegt in dem erneuten Affektzufluß zu dem Motiv und oder in der Tendenz, daß die extrahierten Molaren von der Umgebung als normal empfunden werden und so die Ausdrucksbedeutung zunichte gemacht wird: Eine neue Extraktion nur könnte die Konversion wiederherstellen.

M. LICHTNER versteht es, der Patientin den Weg zu einer seelischen Reintegration zu zeigen. Schon der beginnende Bewältigungsprozess macht die Extraktion überflüssig.

Fall F (Bereitstellungskrankheiten)

Der Besucher der zahnärztlichen Sprechstunde ist ein hagerer 30-jähriger Mann, offensichtlich vom asthenischen Konstitutionstyp. Die Untersuchung seiner Beschwerden ergibt als Befund das typische Bild einer Parodontose.

Die klassische symptomatische Behandlung führt über einen längeren Zeitraum hinweg nicht zu dem gewünschten Erfolg. Als sich die Besuche des Patienten, der keinerlei Anzeichen einer seelischen Begründung seiner Krankheit erkennen läßt, fast bis zum täglichen Erscheinen häufen, ohne daß die Behandlung die Parodontose zum Abklingen bringen kann, wird immer deutlicher, daß die Therapie nicht kausal ist.

Auch die daraufhin eingehender durchgeführte Anamnese fördert keine eigentlichen Elemente der Geschichte einer seelischen Krankheit, wie seelische bzw. soziale Schwierigkeiten oder Konflikte, zutage. Die Geschichte des Patienten ist eher normal: Er und sein Schwiegervater sind beide Flüchtlinge und versuchen, auch in ihrer neuen Umgebung einer unternehmerischen Tätigkeit nachzugehen. Die kleine Unternehmung, die sie allmählich ausbauen wollen, gehört dem Schwiegervater und wird von diesem geleitet. Die Tatkraft des sehr eifrigen und ziemlich einfallsreichen jüngeren Mannes gilt dem neuen Betrieb, dessen Anfangsschwierigkeiten überwunden werden müssen. - Der Patient ist selten ruhig und unbeteiligt. Entsprechend dem Geschäftsablauf variiert sein seelisches Befinden, das gelegentlich als optimistisch, häufiger aber als niedergeschlagen und reizbar beschrieben werden kann.

Im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Anamnese kann die Diagnose der Zahnbitterkrankung zu größerer Kausalität hin erweitert werden: Die aufzubauende Unternehmung scheint der augenblicklich wichtigste Motivkomplex im Handeln des Patienten zu sein. Sie bestimmt seinen intensiven Arbeitseinsatz und seine Emotionen weitgehend direkt, d.h. er identifiziert sich mit der Unternehmung. Da die Fehlschläge und Schwierigkeiten des Neubeginns die Stimmung der Aufgeschlossenheit und der Gestaltungsfreude, die den Patienten für seine Aktivität bereitstellt und sich in dieser Aktivität aufzehrt, oft durch eine Stimmung der Unlust oder sogar des aggressiven Mißmuts ersetzen welche vielleicht durch Erinnerungen an weniger strapaziöse berufliche Bedingungen in der Vergangenheit verstärkt wird, muß auch die in dieser entgegengesetzten Stimmung verwirklichte Bereitstellung ein adäquates Motiv finden, damit sie abgebaut werden kann und einer anderen Stimmung Platz macht.

Ein solches adäquates Motiv müßte am ehesten im Bereich des Betriebes entstehen können. Ein Ausbruch des Zorns bei einer Fehlleistung

von Menschen oder Anlagen in der Unternehmung oder eine scharfe Umstellung in den Arbeitsmethoden des Betriebes bzw. in der eigenen Arbeitsweise oder schließlich auch ein 'Ausbaden' der Frustrationsgefühle in einem völlig anderen, z.B. in dem privaten Bereich könnte die Bereitstellung lösen.

Dies geschieht aber nicht, weil der Patient sich anscheinend in allen eigentlichen Entscheidungen seinem Schwiegervater unterordnet und auch seine Gefühlsäußerungen an ihm ausrichtet. Ein Ausgleich durch Familie und Zuhause wird durch die dortige Existenz eben derselben verhaltensregulierenden Person verhindert.

Es zeigt sich also, daß die Intensität sowohl der positiven als auch der negativen emotionalen Spannung, die sich auf die Unternehmung bezieht, wegen der erfolgten Identifizierung und der inneren Dynamik des Patienten sehr groß ist. Während die Stimmung der Freude und des Angeregtseins häufig Äußerungen in Handlungen findet, wird die andere starke Stimmung der Unlust und der Niedergeschlagenheit nicht kanalisiert. Wegen der doppelten dominierenden Rolle des Schwiegervaters in Unternehmung und Haus sind die entsprechenden Motive für die soziale Kontrollinstanz, für das Über-Ich des Patienten nicht erlaubt. Die ungelöste Bereitstellung der Unlust wird deshalb beherrschend und führt zur Erkrankung des Parodontiums.¹⁾ Der Mund ist als Organ der Sinnesempfindlichkeit zu einer solchen 'Organneurose' bzw. Bereitstellungs-krankheit geradezu prädestiniert.- Im geschilderten Falle ist keine Handlung zerbrochen, sondern eine Bereitstellung kann nicht in das Handlungsgefüge integriert werden.

Die zahnärztliche Therapie richtet sich nach dieser Erkenntnis nur noch auf die seelische Verfassung des Patienten. Aussprachen sollen ihn dazu bringen, die gehemmte Stimmung durch Worte zu lösen, und sollen ihm Anregungen für adäquate Motive geben, die ihn aus seiner sozialen Klammer herausführen können. So wird erwogen, daß sich der Patient selbständig macht. Dieses Motiv gewinnt schließlich Oberhand, und in dem Maße, wie der Patient sich ihm

1) Vgl. MENG, HEINRICH: Zur Psychologie der Parodontose, in: MENG, H. (Hrsg.): "Psychologie...", a.a.O. S. 147 f und die dort zu findende Schilderung von vier sehr deutlichen, ähnlich gelagerten seelisch begründeten Parodontosefällen.

verschreibt und Erfolg hat, verringert sich die Zahl der Besuche. Als der - mittlerweile selbständige - Patient nach einem längeren Aussetzen wieder zur Sprechstunde erscheint, ist die Parodontose fast ausgeheilt, so daß auf eine weitere Behandlung verzichtet werden kann.

Fall G (Funktionelles Syndrom)

E. HEINRICH bringt in gedrängter Form einen Fall von STEKEL. Es handelt sich um eine Zahnarztphobie. Wie schon im Fall E machen die geschilderten Symptome und Ergebnisse der Anamnese eine eindeutige Zuordnung zu einer der hier gebrauchten Kategorien nicht möglich. Jedoch scheint der Fall dem Typ des funktionellen Syndroms näher zu liegen als die erwähnte Störung E.

"In der Krankengeschichte, die STEKEL in ganz großem Umfange dargestellt hat, handelt es sich um einen 27-jährigen Arzt, der eine fast krankhaft anmutende Angst vor dem Zahnarzt hat. Die Analyse deckt zahlreiche Träume, symbolhafte Beziehungen, Phobien und Assoziationen auf, die alle mit dem Thema 'Zahnarzt- Angst und Kastrationskomplex' Berührungspunkte aufweisen. Die Entscheidung in der viele Monate lang dauernden analytischen Behandlung brachte eine Traumanalyse, in der die Erinnerung zutage trat, daß er als Kind von seinem Vater häufig geschlagen wurde. Er stand gerade vor dem Waschtisch und putzte sich die Zähne, da kam der Vater, hob ihm sein Hemd auf, und verhaute ihm gehörig, so daß die Zahnbürste an die Zähne schlug und er fürchtete, er habe sich einen Zahn ausgestoßen.

Wir sehen, daß er mit seiner Zahnarztphobie...eine Erinnerung an die Schläge seines Vaters verbindet, bei denen er fast einen Zahn verloren hätte. Es ist, als ob er in kindlicher Weise seinen Vater dafür strafen wollte: "Du bist schuld, wenn ich jetzt meine Zähne verliere". Jedenfalls zeigt sich deutlich, daß der Zahnarzt den Vater repräsentiert und daß die Angst vor dem Zahnarzt eine Parallele zu der schon erwähnten Angst vor seinem Vater darstellt. Der Zahnarzt reißt die Zähne aus, sein Vater hat ihm einen Zahn ausgestoßen oder fast ausgestoßen - er weiß es nicht mehr genau -

diese Szene ist unauslöschlich in sein Gehirn gegraben."¹⁾

Ein Anhaltspunkt für die Art der seelischen Störung ist die krankhafte Unentschlossenheit des Patienten. - Seine Motive, die zu der Konsultation des Zahnarztes führen, sind für ihn nicht fragwürdig. Sie sind vielmehr in sein allgemeines Handeln integriert; denn er ist schließlich selbst Arzt und kann sein Verhalten nur als vernünftig empfinden.

Daß er in der Begegnung mit dem Zahnarzt in eine Stimmung gerät, die ihm die Behandlung als etwas Gefährliches und seinen Entschluß zur Behandlung als unheilvoll verheißt, mag dem Patienten erst allmählich bewußt werden. Vertraut er sich der Deutung seines Körpers, seiner Bereitstellung an, so müßte er den Zahnarzt meiden. Dem steht aber der Wunsch, konsequent zu handeln, wohlmöglich auf dem Spiel stehendes Sozialprestige und vor allem die Einsicht entgegen, daß eine Furcht vor dem Zahnarzt unbegründet ist. In dem Maße, wie der Patient diese Motive unterdrückt, beunruhigt ihn sein eigenes Verhalten, dessen Grund er nicht begreift. Angst vor den Möglichkeiten seiner unerklärlichen Gefühle ist die Folge.

Versucht der Patient, dieses sein seelisches Ungleichgewicht mit den oben genannten Motiven seines normalen Handelns zu überlagern, will er sich also seinem Kollegen anvertrauen, so quält ihn das Bereitstellungsbruchstück der blinden Angst. Diese Angst ist, für ihn dunkel, in irgendeiner Weise mit dem Zahnarzt oder der zahnärztlichen Behandlung verknüpft. Körperliche Funktionsstörungen, wie anhaltende Hypertonie, vielleicht auch die Verschlechterung des Zustandes seiner Zähne (die knappe Schilderung gibt leider keinen Aufschluß darüber) vereiteln sein Vorhaben: Seine Motive finden nicht die adäquate Bereitstellung, weil die nie ausgereiften Motive der Zurechtweisung bzw. Bestrafung seines Vaters, dessen Imago der Zahnarzt ist, die Emotionen in bestimmter Beschaffenheit bereits geweckt haben und somit andere Stimmungen blockiert sind.

Um die unbewußte Projektion zu lösen, bedarf es eines schmerzhaften Prozesses der Selbsterkenntnis bei dem Patienten. Dazu will der Zahnarzt diesem verhelfen.

1) HEINRICH, E.: "Vom Erfolg..." a.a.O. S. 90

Aber die Ausformung der entsprechenden Motive gegenüber dem Vater (der möglicherweise verstorben ist) erscheinen dem Patienten heute wie damals verboten, wenn auch jetzt aus anderen Gründen wie die Angst vor der Schlechtigkeit des möglichen Hasses und vor seinen Äußerungen als früher. Das erklärt, wie schwierig es der Zahnarzt hat, dieses Syndrom des Patienten aus funktionellen Störungen des Körpers und verschlossenen und überlagerten sozialen Spannungen zu lösen.

Derjenige, der den Patienten heilt, (d.h. hier: so integriert, daß die körperlich-kausale Behandlung der Zähne, z.B. die Extraktion der karieszerstörten Zähne, durchgeführt werden kann), wird immer auch dieser selbst sein.

Der psychotherapeutisch wirkende Zahnarzt, das gilt allgemein für die hier geschilderten Fälle, muß die Rolle eines Helfers einnehmen, der zur Bewältigung der persönlichen Konflikte durch den Patienten beiträgt.

Zusammenfassende Schlußbetrachtung

Die Untersuchung hat gezeigt, daß die 'Probleme der Psychosomatik in der zahnärztlichen Praxis' ein Bündel heterogener Erscheinungen sind, deren eigentliche Systematisierung noch aussteht. Da es aber die Aufgabe dieses Beitrags war, gleichsam eine Schneise in dieses vollkommen in der wissenschaftlichen Entwicklung befindliche Gebiet zu schlagen, um einen allgemeinen Einblick in und ein grobes Verständnis für die Zusammenhänge zwischen Psychosomatik und Zahnmedizin zu ermöglichen und damit die weitere Diskussion zu stimulieren, mußte eine eklektische Art des Vorgehens, die viele Einzelfragen ungeklärt oder unbefriedigend behandelt gelassen hat, in Kauf genommen werden.

Damit zu der Lückenhaftigkeit nicht noch die Zusammenhanglosigkeit trete, wurde einiger Wert gelegt auf die Erläuterung der leib-seelischen Behandlung in der Zahnheilkunde, wie sie eine medizingeschichtliche Betrachtung zu geben in der Lage ist. Aus dieser geht nämlich hervor, daß die in der jüngsten Zeit verstärkt erhobenen Forderungen nach einer 'humanistischen' Orientierung der Wissenschaft von der Heilung des Menschen ein altes Leibbild und vor allem Teile einer ehemaligen Wirklichkeit medizinischer Praxis wiederaufgreifen.

Die Existenz der Medizin-Priester oder Priester-Ärzte in der vor- und frühgeschichtlichen Zeit und in den rezenten Stämmen, in denen sich eine alte Kultur in reiner Form erhalten hat, wie auch die in der Frühzeit sowie im Mittelalter unangefochtene und bis in die unmittelbare Gegenwart hinein bestätigte 'wunderbare' Heilung machen deutlich, daß die Heilung des Menschen zugleich ein körperliches und ein seelisches Problem ist. Unter sich ändernden äußeren Bedingungen und Motiven der Beteiligten hatte die Anwendung dieser Erkenntnis eine anhaltende Wirkung auf die Entwicklung und Ausgestaltung der Zahnheilkunde.

Wenngleich nicht verkannt werden soll, daß das Fehlen eines auf die Heilung der Menschen gerichteten Ethos und die Ausnutzung der seelischen Beeinflussung Kranker für den eigenen materiellen Vorteil oder die Erhaltung der eigenen sozialen Position entscheidende Hindernisse für die Herausbildung einer wissenschaftlichen

Zahnheilkunde dargestellt haben, so muß der natürliche Vorzug der ganzheitlichen Behandlung des kranken Menschen gegenüber einer rein naturwissenschaftlich- analytischen Arbeitsweise am Patienten immer wieder betont werden. Nicht in jedem Fall ist dem streng naturwissenschaftlichen Vorgehen der Primat vor einer Behandlung einzuräumen, die die Verwobenheit und die gegenseitige Bedingtheit von körperlichen und seelischen Vorgängen berücksichtigt.

Und: Obwohl es die Voraussetzung für das Entstehen einer eigenständigen und anerkannten medizinischen Richtung war, daß die Zahnheilkunde ihren Nachholbedarf an (natur)wissenschaftlichen Erkenntnissen durch die Rezeption der Arbeitsweise der in jener Zeit auf dem 'rechten Wege schon weiter fortgeschrittenen allgemeinen Medizin stillte, so muß heute, nachdem die wissenschaftlich orientierte Behandlung und das Anliegen des Heilens weitgehend selbstverständlich geworden sind, dennoch einer Gefahr begegnet werden, die durch die Versachlichung und Technisierung der Behandlung unweigerlich heranwächst, der Gefahr, daß nicht der Mensch, sondern nur die offensichtlich krankhafte körperliche Erscheinung an ihm gesehen und behandelt wird.

Beinahe glücklicherweise gibt es Situationen der Ratlosigkeit für den Zahnarzt, die aus Konflikten, die im Patienten selbst oder in seinem Verhältnis zu dem Zahnarzt bestehen, resultieren oder die darin begründet sind, daß ein körperliches Krankheitssymptom eine seelische Ursache hat. Dabei wird sogar ganz davon abgesehen, welche unterschiedlichen Heilerfolge bei körperlichen Erkrankungen auf die unterschiedliche seelische Einstellung des Patienten, die wiederum ein Ergebnis der ärztlichen Bemühungen sein kann, zurückzuführen sind.

Verschiedene, teilweise historisch bedingte Eigenschaften der zahnärztlichen Behandlungssituation, wie sie zum Beispiel der oro-faziale Komplex, der typische Zahnschmerz und der Schmerz bei der Behandlung, die erkennbare Vielzahl an technischen Hilfsmitteln für die Behandlung und die leider noch immer sozial vererbte ungenügende soziale Integration des zahnärztlichen Berufes darstellen, lassen die Konzentration auf das Subjekt Patient besonders angemessen erscheinen.

Die durch VON UEXKÜLL entwickelten Gedanken zur Systematik der menschlichen Krankheiten aus der Sicht der Ungeteiltheit des Verhaltens bieten einen geeigneten begrifflichen Rahmen auch zu Verständnis der hier aufgeworfenen zahnmedizinischen Probleme. Wenn gesundes Leben als ein durchgehendes Kontinuum verstanden wird, dann ist Krankheit die Unterbrechung des Kontinuums und dessen Aufspaltung in 'Körper', als den Teil der automatischen Verrichtungen, und 'Seele', als den übergreifenden Ordnungszusammenhang. Zur Lokalisierung der Bruchstellen dient die Vorstellung von den Integrationsstufen, in denen sich die Handlungen zu immer komplexeren Einheiten zusammenfügen. Der gesellschaftliche Bereich menschlichen Lebens muß von daher als eine Stufe hochkomplexer Motiv- und Handlungszusammenhänge verstanden werden. Störungen in ihm sind für die Medizin bzw. die soziologische Medizin nicht nur dann interessant, wenn sie krankhafte Auswirkungen im Bereich niedriger (körperlicher) Integrationsstufen haben, sondern auch, wenn sie zu einer als rein seelisch anzusprechenden Krankheit führen.

Die zuerst genannte Ausformung der Störungen in seelischen Bereichen beschreibt den engeren Kreis der Psychosomatik. Für ihn schafft VON UEXKÜLL die zwei reinen Krankheitstypen der Ausdruckskrankheit und der Bereitstellungskrankheit. Die bei weitem häufigste Form aber ist der Mischtyp des funktionellen Syndroms. Alle drei Formen stellt der Autor unter das gemeinsame Phänomen der Verdrängung, ohne das die zuweilen schweren körperlichen Auswirkungen der seelischen Störung nicht zu erklären sind.

Wenn auch der geschichtliche Teil der Untersuchung keinen Aufschluß über die Arten der leib-seelischen Krankheit, die für die Zahnheilkunde relevant erscheinen, geben konnte, so hat er doch gezeigt, daß die leib-seelische Behandlungsweise der zahnkranken Person erfolgreich ist und bestätigt so die unmittelbar einleuchtende Aussage, daß die leib-seelischen Störungen eine unabhängig von den Zeiträumen wiederkehrende Erscheinung im menschlichen Leben darstellt.

Die Frage, inwieweit der Zauber, der in der Vergangenheit und Gegenwart sogenannter primitiver Kulturen eine wichtige oder sogar die ausschlaggebende Rolle in der ganzheitlichen oder seelischen Behandlung gespielt hat bzw. spielt, auch für eine sich als wissenschaftlich begreifende Heilkunde und Zahnheilkunde heute bedeutsam ist und legitim sein sollte, ist im Rahmen dieser Arbeit nicht

behandelt worden, obwohl die geschichtlichen Tatsachen und verschiedene Vorkommnisse der gegenwärtigen Praxis dieser Frage Problematik und Aktualität verleihen.

Eigentlich ohne eine ausgesprochene Begründung ging diese Untersuchung stets von der Voraussetzung eines in der medizinischen Wissenschaft verwirklichten oder zu verwirklichenden Bildungs- und Erziehungsideals aus, dessen konsequente Folge für die Behandlung die 'schmerzhaft' Heilung des Patienten von seiner leib-seelischen Störung, die 'schmerzhaft' Lösung des Motiv- bzw. sozialen Konflikts oder die 'schmerzhaft' Erkenntnis der wahren Heilmöglichkeiten, zu denen natürlich auch die eigene innere Kraft des Patienten gerechnet werden muß, über eine geistige Bewältigung durch die beteiligten Personen, ob Patient oder Arzt, ist.

Es muß deshalb dahingestellt bleiben, ob die geschilderte Auffassung nicht Patient und Arzt überschätzt und ihnen Aufgaben zumutet, mit denen sie überfordert sind. Es ist ernsthaft zu fragen, ob nicht vielleicht auch heute bestimmte wegen des mangelnden Abstandes zur eigenen Zeit nicht sehr augenscheinliche Elemente der Zauberheilung (man denke nur an die als Eigenwert geschätzte Selbstsicherheit des Arztes und an den bei Patienten noch immer anzutreffenden vor aller Plausibilität bestehenden Glauben an Ärzte, Medikamente, Techniken und Apparaturen!) normal und sogar wünschenswert sind.

Angesichts derartiger Schwächen bereits in der Konzeption will sich die vorliegende Arbeit als das verstanden wissen, was sie ist: als ein Diskussionsbeitrag zum Selbstverständnis der ärztlich und besonders der zahnärztlich tätigen Person, am Beispiel einiger Probleme der kausalen Heilbehandlung im Dienste des kranken Menschen.

Literaturverzeichnis

- BUEROSE, K.E. An einem Zahn ist er gestorben ...
Zahnärztliche Mitteilung Nr. 19/1964
- DAHRENDORF, R. Homo Soziologicus,
4. Aufl., Köln und Opladen 1964
- EULER, H. Lebenserinnerungen eines Lehrers der
Zahnheilkunde, Carl Hanser Verlag 1949
- FREUD, S. Gesammelte Werke Band I
- FREUND, W. Dentitio Difficilis - Aberglaube und
psychologischer Tatbestand -
Psychologisches zur Kinderzahnpraxis
in: MENG, H. (Hrsg.) Psychologie in der zahn-
ärztlichen Praxis, Bern und Stuttgart 1952
- GEIST-JAKOBI Geschichte der Zahnheilkunde
Verlag Franz Pietzcker, Tübingen 1896
- GRINKER, R. R. The Psychosomatic Concept in
Psychoanalysis, New York 1953
- HEINRICH, E. Der Zahnarzt in der Karikatur
J.F. Lehmanns Verlag, München 1963
- Vom Erfolg in der zahnärztlichen Praxis,
München 1949
- Medizinische Psychologie und Psychohygiene in
der zahnärztlichen Praxis
in: MENG (Hrsg.) Psychologie in der zahn-
ärztlichen Praxis, Bern und Stuttgart 1952
- MENG, H. Psychologie in der zahnärztlichen Praxis
Bern und Stuttgart 1952
- MENZEL, K. Kinderpsychologie Betrachtungen zur zahn-
ärztlichen Sprechstunde, Zahnärztliche
Mitteilungen Nr. 21/1964
- MÜNCH, J. Die zahnärztliche Behandlung des Kindes
Leipzig 1952

- PETERHANS, P. Psychologische Probleme innerhalb der
prothetischen Behandlung,
in: MENG (Hrsg.) Psychologie in der
zahnärztlichen Praxis,
Bern und Stuttgart 1952
- SCHALLER, P. Ein Beitrag zur wissenschaftlichen und
geschichtlichen Entwicklung der Zahnheil-
kunde im Rheinland und Würdigung einiger
verdienstvoller Zahnärzte,
Dissertation, Köln, 1963
- SCHUMACHER, J. Medizingeschichte - Wozu? Festvorlesung 1957
Wissenschaftliche Verlags-Gesellschaft m.b.H.
Stuttgart 1958
- UEXKÜLL, Th. v. Grundfragen der psychosomatischen Medizin
Rowohlt-Verlag, Hamburg, 1963
- WESTHOFF, J. Die Psychotherapie und ihre Bedeutung
für die zahnärztliche Praxis,
Dissertation, Köln, 1921
- WILD, H. Psychologische Beobachtungen aus der
zahnärztlichen Praxis,
in: MENG (Hrsg.) Psychologie in der
zahnärztlichen Praxis,
Bern und Stuttgart 1952
- WRIGTH, H.B. Zauberer und Medizinmänner,
Zürich, Orell Füssli-Verlag

Herrn Professor Dr. med. Dr. phil. Joseph Schumacher
danke ich für die Überlassung des Themas,
meinem verehrten, leider verstorbenen Lehrer,
Herrn Professor Dr. med. Dr. med. dent. h.c. Hermann Euler
für die Anregung zum Thema.

Lebenslauf

Am 28. 9. 1935 wurde ich, Georg Schankin, in Schönlanke (Pommern) als Sohn der Eheleute Otto Schankin und Helene Schankin, geb. Ritter, geboren.

Von 1942 bis 1945 besuchte ich in Schönlanke die Volksschule. Nach Kriegsende ging ich in Döbeln/Sachsen weiter zur Volksschule und im Anschluß daran zur Oberschule. Hier legte ich 1954 mein Abitur ab.

An der Universität Leipzig nahm ich im Wintersemester 1954 das Studium der Zahnheilkunde auf, weiterhin studierte ich an der Universität in Bonn, wo ich mein zahnmedizinisches Physikum ablegte. Meine klinischen Semester absolvierte ich in Berlin und Köln. Am 10. Mai 1962 bestand ich mein zahnmedizinisches Staatsexamen an der Universität Köln. 1963 war ich Gasthörer an der Universität in Freiburg. Seitdem bin ich als Assistent in der freien Praxis tätig.

Köln, den 1. September 1965

Georg Schankin

